

生活の場における終末期ケアの現状と課題

孔, 英珠

<https://hdl.handle.net/2324/4110428>

出版情報 : Kyushu University, 2020, 博士 (人間環境学), 課程博士
バージョン :
権利関係 :

学位論文（博士）

生活の場における終末期ケアの現状と課題

九州大学大学院人間環境学府

人間共生システム専攻共生社会学コース

孔 英珠

(3HE13012N)

目次

序章	1
1 研究の背景と問題意識	1
1.1 死の脱病院化と生活の場で最期を迎える人に必要なケア	1
1.2 生活の場で最期を迎える人やその家族を支える多様な担い手	2
1.3 終末期ケアを検討する視点	5
2 研究の目的と方法	6
2.1 研究の目的	6
2.2 研究の方法	7
2.3 論文の構成	9
2.4 参考論文	9
第1章 先行研究の検討	11
1. 本研究における終末期ケア	11
2 戦後の日本における終末期ケアの変遷	12
2.1 死の医療化と病院死の時代 — 戦後から1970年代まで	12
2.2 ケアの社会化と死の脱病院化の胎動 — 1980年代から1990年代	14
2.3 多死社会の備えと地域包括ケア体制の構築 — 2000年代以降	15
3 生活の場における終末期ケアの現状と課題	18
3.1 地域住民による社会的孤立防止対策および生活支援活動の可能性と課題	18
3.2 在宅ホスピスボランティア活動の現状と課題	21
3.3 特別養護老人ホームにおける看取り介護と介護職員の課題	23
4 ケアの配分をめぐる議論の課題	24
4.1 再生産労働としてのケア	24
4.2 再生産労働とケアの四元モデル	25
4.3 生命再生産労働としてのケア	27
4.4 1980年以降の生命再生産労働の変遷	29
4.5 本研究におけるケアの費用配分論の応用可能性	31
5 まとめ	32
第2章 住民による見守りの仕組づくりと見守り活動	34
1 研究の背景と目的	34
2 研究の方法	35
2.1 研究対象と調査の方法	35
2.2 倫理的配慮	35
3 調査の結果	35
3.1 「城浜団地」の概要	35

3.2	調査協力者の属性	36
3.3	城浜団地の見守りの仕組みづくりプロセスと担い手の分類（分析枠組み）	37
3.4	【地域活動者のネットワークづくり】の段階と地域活動者の参画	38
3.5	【地域の課題の把握・共有】の段階と見守りの担い手意識の芽生え	39
3.6	【問題解決のための基盤づくり】の段階と見守りの仕組みの決定	40
3.7	【地域の実情にあった見守りの実践】の段階と担い手の負担感	43
3.8	小括	45
4	考察	45
4.1	城浜団地の見守りの仕組みづくりとリーダー的見守り活動者	45
4.2	城浜団地の見守りの仕組みづくりと定期的見守り活動者	46
4.3	城浜団地の見守りの仕組みづくりと緩やかな見守り活動者	46
5	おわりにー見守りの仕組みづくりから支え合う地域へー	47
第3章 高齢者サロン活動による社会的孤立防止の可能性と課題		50
1	研究の背景と目的	50
2	社会的孤立防止に関する取り組みとサロン活動	51
3	研究の方法	51
3.1	研究対象と調査の方法	51
3.2	倫理的配慮	51
3.3	分析方法	51
4	調査の結果	52
4.1	調査協力者の属性	52
4.2	「よかよか」サロンの活動の実際	52
4.3	城浜団地における「よかよか」サロンの立ち上げの経緯	53
4.4	インタビュー調査の分析結果	53
5	考察	57
5.1	公営の集合住宅団地という地域の特性と「よかよか」サロン活動	57
5.2	サロン活動と高齢者の社会的孤立防止策としての可能性	57
5.3	サロン活動から社会的サポート関係への展開と課題	58
6	おわりに	59
第4章 在宅ホスピスボランティア活動の現状と課題		60
1	研究の背景と目的	60
2	研究の方法	60
2.1	調査対象と調査の内容	60
2.2	分析方法	61
2.3	倫理的配慮	61
3	調査の結果（1）「手と手」の概要	62
3.1	「手と手」の発足の経緯	62

3.2	「手と手」の会員の構成	62
3.3	「手と手」の活動	63
3.4	2016年度の活動会員の属性と活動内容の内訳	63
4	調査の結果(2)「手と手」の現状と課題の分析	64
4.1	調査協力者の属性	64
4.2	インタビューデータの分析結果	65
5	調査の結果(3)在宅訪問活動の分析	72
5.1	在宅ホスピスボランティア活動の事例の概要	72
5.2	在宅訪問活動の内容の実際	75
5.3	在宅訪問活動の調整	79
5.4	在宅訪問活動におけるボランティアと患者・家族間の関係の変化	79
6	考察	80
6.1	「同じ生活者としてふれ合い支える存在」としての在宅ホスピスボランティア	80
6.2	「生と死を分かち合う仲間づくり」としての在宅ホスピスボランティア活動	81
6.3	在宅ホスピスボランティア活動における医療福祉機関との協働の必要性	82
6	おわりに	83
第5章 介護職員の看取り介護の遂行上の困難・課題とその対処方法		86
1.	研究の背景と目的	86
2.	研究の方法	87
2.1	用語の定義	87
2.2	研究対象と調査方法	87
2.3	分析方法	88
2.4	倫理的配慮	88
3.	結果	88
3.1	調査協力者の属性	88
3.2	看取り介護の遂行上の困難・課題とその対処方法	89
4.	考察	96
5.	おわりに	98
第6章 介護職員のターミナルケアに対する不安や負担と支援体制		101
1.	研究の目的	101
2.	研究の方法	101
2.1	用語の定義	101
2.2	研究対象と調査の方法	101
2.3	分析方法	102
2.4	倫理的配慮	102
3.	調査の結果	102
3.1	調査協力者の属性	102

3.2	介護職員のターミナルケアに対する不安	103
3.3	介護職員のターミナルケアに対する負担	103
3.4	「ターミナルケアの経験」による不安の変化	104
3.5	介護職員のターミナルケアに関する不安の解消法	106
3.6	介護職員が望むサポート	107
4	まとめと考察	107
終	章	114
1	終末期ケアの担い手としての地域住民の可能性	114
2	終末期ケアにおける担い手としてのボランティアの可能性	116
3	終末期ケアにおける担い手としての介護職員の可能性	118
4	超高齢社会に求められる終末期ケア体制	120
5	おわりに	125
参	考文 献	126

目次

図 1	死亡場所の年次推移	13
図 2	先行研究における高齢者の社会的孤立	19
図 3	城浜団地の住民が望む団地内支援の仕組み	40
図 4	城浜団地が用いたつながりマップの例	43
図 5	「よかよか」サロン活動の実施と展開	58
図 6	在宅ホスピスボランティアの会「手と手」の活動の現状と課題	72
図 7	看取り介護の遂行上の不安・負担とその対処	89

表

表 1	地域包括ケア研究会の報告書における終末期ケア体制（概要）	17
表 2	ケアの四元モデル	26
表 3	ケアの四元モデルにおける各セクターの役割	27
表 4	ケア労働（生命再生産労働）の分析枠組み	29
表 5	調査の概要	35
表 6	調査協力者の詳細	36
表 7	城浜団地の見守り仕組みづくりのプロセス	37
表 8	調査協力者の区分	38
表 9	(1)【地域活動者のネットワークづくり】の段階における担い手の意識	39
表 10	(2)【地域の課題の把握・共有】の段階における担い手の意識	40
表 11	城浜団地の見守りの仕組みと見守り活動	41
表 12	(3)【課題解決のための基盤づくり】の段階における担い手の意識	42
表 13	(4)【地域の実情にあった見守りの実践】の段階における担い手の意識	44
表 14	調査協力者の属性	52
表 15	「よかよか」サロンの活動実績	53
表 16	【「よかよか」サロンボランティアの活動の理由】	53
表 17	【「よかよか」サロン活動に対する肯定的な評価】	54
表 18	【「よかよか」サロンボランティアとしての負担感】	55
表 19	【「よかよか」サロン活動によるサロンボランティアの変化】	56
表 20	【「よかよか」サロン活動による地域社会の変化】	56
表 21	「手と手」の主な活動の概要	63
表 22	2016 年度「手と手」の活動の内訳（n=32）	64
表 23	2016 年度 在宅訪問活動の詳細（n=233）	64
表 24	調査協力者の詳細	64
表 25	カテゴリー①《活動の背景》	65
表 26	カテゴリー②《活動の実際》	67
表 27	カテゴリー③《活動を通じてのやりがい》	68
表 28	カテゴリー④《活動における問題点・課題》	69
表 29	カテゴリー⑤《「手と手」活動に対する支援体制》	71
表 30	在宅訪問活動事例の概要	73
表 31	在宅訪問活動の対象者の区分	75
表 32	在宅訪問活動の期間	75
表 33	調査協力者の詳細	89

表 34	看取り介護の遂行上の困難・課題	90
表 35	困難・課題に対する対処方法.....	91
表 36	ターミナルケアに対する不安 (n=71)	103
表 37	ターミナルケアに対する負担 (n=71)	104
表 38	初めてのターミナルケアに対する心得と対応 (n=25)	105
表 39	ターミナルケアの経験を積んでからの心得や対応の変化 (n=44)	105
表 40	ターミナルケアに関する戸惑いや不安の解消法 (n=61)	106
表 41	ターミナルケアに関する介護職員が望むサポート (n=42)	107
表 42	終末期ケアの現状と課題の担い手間比較	123

序 章

1 研究の背景と問題意識

1.1 死の脱病院化と生活の場で最期を迎える人に必要なケア

「多死社会¹」(金子 2017)が近未来に迫っている。日本の死亡数の年次推移をみると、1970年代後半から増加傾向を見せ始め、平成15年に100万人を超え、平成28年以降は130万人台を維持している(厚生労働省 2018)。この増加傾向はピークを迎える2040年頃まで続き、そのとき死亡数は約170万人に達すると見込まれている(国立社会保障・人口問題研究所 2017)。

多死社会がもたらす課題の1つとして、死を迎える場所の確保が挙げられる。2016年時点で、病院で死亡する人の割合は全体の7割以上を占めているが、将来多くの終末期患者を受け入れるために、新たな入院施設を整備することは困難である。それどころか、医療・介護の給付費の急激な増加が見込まれるなか、政策的に医療費適正化が行われ、病床数は減らされつつある(山崎章郎 2018)。つまり、多死社会では、終末期にある人々は、病院以外に死を迎える場所を確保せざるをえなくなる。このような社会的状況と、住み慣れた生活の場で最期を迎えたいと願う人びとが多い²ことも相まって、今後自宅や介護施設などが死を迎える場所として期待されている。

しかし、戦後の日本においては、ほぼ半世紀にわたって、自宅死は減少する一方で、病院死の割合が増え続けてきた。病院死が自宅死に比べてはるかに多くなってきたことは、日常的な生活の場から看取るための知識や技術が失われていく「看取りの文化の消失」につながった(新村 2001)。言い換えれば、どこでどのように終末期³をすごすか、どのように支えるかについての判断や選択を、医療職に委ねてしまったのである。それゆえ、今日において自宅で死を迎えることや家族を在宅で看取することは、死への無知や不慣れによって、不安や戸惑いが大きいことが容易に想像できる。

実際に、2016年時点で死亡者の約74%が病院で最期を迎えており、自宅死は約13%に過ぎない(厚生労働省 2018)。新村拓(2001)は、病院死がいつこうに減少しない理由と

¹ 金子(2017: 44-46)によれば、「日本社会は現在、きわめて性急な「多死化」の真只中におり、未曾有の水準の『多死社会』へと向かって」いとされる。さらに金子は、2040年以降、死亡数は高齢層を含む人口の減少によって減少に転じ、長期にわたり下降していくが、死亡数は減少するとしても、人口千人あたりの死亡数である普通死亡率は2070年前後まで上昇し続け、それ以降はやや低下を示すものの、最終的に17%前後に落ち着くとして、「多死社会は、いわば恒久的」であると分析した。

² 平成29年度の『人生の最終段階における医療に関する意識調査』では、「最期を迎えたい場所」についての一般国民の希望は、「自宅」との回答が、末期がんであった場合では69.2%、重度の心臓病を患っていた場合は70.6%、進行した認知症であった場合は63.5%と、もっとも多く占めていた(厚生労働省 2018)。

³ 「終末期」の法律上の定義は存在しないが、本研究では「病状が不可逆かつ進行性で、その時代に可能な限りの治療によっても病状の好転や進行の阻止が期待できなくなり、近い将来の死が不可避となった状態」日本老年医学会(2012: 1)とする。第1章1節を参照されたい。

して、病院医療に対する高い依存心や、病院で死ぬことが世間体にも良いという病院信仰が強いこと、自宅死を支えるシステムに不備があること、死を看取ることに家族や福祉施設の職員が不安を抱いており、最後まで自宅あるいは福祉施設で看取ろうとする決心がなかなかつかないことなどを挙げている。このように、死を迎える場所や終末期ケアは、本人の認知能力や経済力などの個人的状況のみならず、本人を取り巻く環境に大きく左右される。例えば、ケアサービスの有無やアクセシビリティ、政策の方向性、慣習などにも影響される。さらに、終末期ケアをめぐる選択と責任が依然として家族に求められることが多く、本人は家族の意向や状況を考慮せざるをえないため、家族のケア負担が軽減されないかぎり、自宅で療養し、最期を迎えることは容易ではないだろう。特に現在の死亡数の約9割を占めているのが高齢者⁴であるが、高齢者の中には長期の要介護状態を経て死を迎える人もおり⁵、その場合には長期的かつ包括的なケアが必要となるため、ケアする家族が過重負担になりかねない。

したがって、超高齢社会で求められる死を迎える場所は、病院の代わりに臨終の瞬間に対応できる所ではなく、人生の最終段階に安心して過ごせる居場所である。また、生活の場で最期を迎える際に生じる、より長期的な介護、多様な生活支援ニーズ⁶に対応できるケア体制が必要となる。その中でも、生活支援ニーズは、現時点では公的サービスや市場からは十分な対応が期待できない。例えば、介護保険制度下の居宅サービスを利用しても、要支援・要介護度ごとに1か月あたりの利用できるサービスの内容や量が決まっているため、終末期にある人がニーズに応じて十分かつ柔軟にサービスを受けることはできない。また、市場で得られる生活支援サービスには、いわゆる「便利屋」や家事代行サービスなどがあるが、価格が高くなりやすく、高所得者の利用に偏りがちである。以上から、病院死が大半であった時代には顕著でなかった、長期的な介護や生活支援、心理的ケア、家族ケアを、誰がいかにか担うかについて検討することは、今日の日本において喫緊の課題であるといえよう。

1.2 生活の場で最期を迎える人やその家族を支える多様な担い手

本研究では、生活の場における終末期ケア場面、とりわけ医療ニーズ以外の多様なニー

⁴ 2015年時点で、全死亡数に対する高齢者の死亡割合は、65歳以上74歳未満が15.7%、75歳以上84歳未満が29.1%、85歳以上が44.1%を占めている（金子 2017）。

⁵ 具体的に、高齢者の死に至る経過には、がんの場合、慢性疾患の場合、認知症や老衰の場合の3つのパターンがあるとされる（樋口ほか 2010；池上 2017）が、がんなどの場合には、一般に死亡の数週間前まで機能は保たれ、ある時点から急速に悪化し死に至る。一方、心臓、肺、肝臓などの慢性疾患の場合は、増悪と緩解を繰り返し、数年かけてしだいに悪化する。認知症や老衰の場合には、5年以上長い期間にわたり徐々に機能が低下する。

⁶ 生活支援ニーズとは、明確な定義は存在しないが、「安心生活創造事業」（安心生活創造事業推進検討会 2012）を参考にすれば、高齢者の生活支援ニーズとは、以下の「5つのこと」と「ちょっとしたこと」がうまくいかなかった時に生じる。「5つのこと」とは、①自分の存在を気にかけていてくれる人がいる「安心」の確保、②買い物や掃除、調理、布団干しなどの「日常的な家事」、③通院や買い物などの「外出」、④友人知人等の「交流」、⑤大掃除や家電製品の購入など「非日常的な家事」のことで、「ちょっとしたこと」とは、蛍光灯の交換や固い蓋の開け閉めなどのような日常生活で不意に起こるようなことである。

ズへ対応しているケアの現状と課題に焦点をあてる。具体的には、孤立死防止のための地域住民による見守り活動および高齢者サロン活動、在宅ホスピスボランティア活動、介護職員による看取り介護およびターミナルケアに対する事例研究を行う。

今後、単独世帯の増加などが見込まれるなか、孤立死⁷は避けて通れない問題であり、社会的孤立は本人や家族では対応しきれない。それゆえ、社会的孤立や孤立死のリスクが高い今日、生活の場で安心して最終段階を過ごすためには、社会的孤立をいかに防ぐかまで視野を広げて検討する必要があると考える。この点を検討するために、孤立死防止のための地域住民による見守り活動および高齢者サロン活動を取り上げる。

死を身近なこととして考えていない人が多いなか、孤独死ないし孤立死は、自身の最期の姿がいかなるものかを考えさせられる出来事である。『平成 30 年版高齢社会白書』では、孤独死（誰にも看取られることなく亡くなったあとに発見される死）を身近な問題だと感じる（「とても感じる」と「まあ感じる」の合計）人の割合は、60 歳以上の者全体では 17.3% だが、一人暮らし世帯では 45.4% と 4 割を超えている（厚生労働省 2018）。また、亡くなる瞬間に独りであることを防ぐこと以上に、人生の最終段階にいかに孤立せずに過ごすことができるかに関心が高まっている。

このような状況の中で、近年、社会的孤立を防ぎ、生活支援ニーズに対応する活動として、地縁団体やボランティアによる生活支援活動に関心が寄せられている。2000 年以後の行政による社会的孤立および孤立死への対策をみると、地域包括支援センターの総合相談の実施および介護予防サービスのようなフォーマルサポートがある一方で、地域住民やボランティア・NPO 等による生活支援サービス⁸の推進が行われている（厚生労働省 2008；安心生活創造事業推進検討会 2012；全国社会福祉協議会 2015）。特に、元気な高齢者が生活支援活動の担い手となることで、社会的役割をもち社会参加がより一層進められ、生きがいや介護予防にもつながるとされている（厚生労働省 2009, 2012；三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング 2010）。これは、高齢者がケアサービスやサポートを受容する側としてだけではなく、それらを主体的かつ能動的に与える重要な人的資源として認識されている現状の反映でもあるだろう。

このような現状を踏まえ、地域住民による見守り活動やサロン活動が、社会的孤立や孤立死の防止策としていかなる可能性や課題を有しているのか、担い手が見守り活動やサロン活動を行う上で直面する困難や課題は何かについて、事例に基づいた検討が必要であると考える。

加えて、生活の場で最期を迎える人や家族の生活支援活動を行っているボランティアと

⁷ 孤立死は、1995 年阪神淡路大震災後、仮設住宅と復興公営住宅で多くの被災者が一人で亡くなったことや、2000 年以降、都市部で誰にも看取られず死亡する高齢者が多発したことから、社会的孤立の問題としてメディア等で報道されるようになった。一般に孤立死は孤立、貧困、悲惨というマイナスイメージの言葉としてとらえていることに対して、上野（2007）は、孤立死は一人暮らしをする人にとっては自然なことで、生前孤立しない生活をすれば、孤立死は恐れることはないとし、「ひとり死」という用語を提案している。

⁸ 全国社会福祉協議会（2015）が刊行した『シリーズ住民主体の生活支援サービスマニュアル』をみると、生活支援サービスは、①見守り支援活動、②居場所・サロンづくり、③訪問型サービス、④食事サービス、⑤移動・外出支援、⑥宅老所と類型化されている。

して、在宅ホスピスボランティア活動がある。現時点では、活動団体も少なく、活動の実態が十分明らかにされていないが、2000年代以降、在宅ホスピスボランティア養成講座や研修会⁹に参加した人々によって始められ、在宅ホスピスを推進する医療機関と連携し活動が行われている（網野 2010；川越 2010；二ノ坂 2005）。

在宅ホスピスボランティア養成講座のテキストには、在宅ホスピスボランティアは患者や家族を中心とした医師、看護師、ヘルパーその他の専門職とともにケアチームの一員として位置づけられている。そして、ボランティアの役割は、「患者や家族の不安や孤独感、寂しさを和らげ、患者さんや家族のQOL向上を助ける」、また「患者に対して何かしてあげることばかりでなく、患者が最期まで自分でやりたいこと、今できることを傾聴し、実現に向けて支援する」ことであるとされている（ふくおか在宅ホスピスをすすめる会 2015: 8）。しかし、一方では、養成講座を受講した後、「受講生が在宅ホスピスボランティアとして、どのように在宅でのホスピスボランティア活動に結びついているのか、残念ながらまだはっきり見えてこない」という指摘もある（川越 2010: 9）。このように、在宅ホスピスボランティアは、終末期にある人やその家族の生活の質を高め、患者本人が自分らしい最期を迎えることを支える存在として期待されているものの、活動の実態や課題が明らかにされているとは言いがたい。本研究では、自宅で最期を迎える人や家族を支える在宅ホスピスボランティアの会「手と手」の活動から、終末期ケアの担い手としてのボランティアの可能性、役割、課題について検討する。

最後に、今後自宅や介護施設で最期を迎える人が増えるにつれて、介護職員が終末期ケアの担い手としてより期待され、活躍することが予想される。介護施設における終末期ケアのニーズや必要性については、高齢化が進んだ1990年代から論じられてきた（長寿社会開発センター 1997；広井 1997；2003）。介護施設のなかでも、特別養護老人ホームは、退所理由の7割以上が利用者の死亡であり、「終の棲家」として期待されてきた。しかしながら、特別養護老人ホームの配置医師は非常勤でよく、看護職員も入所者100人あたり3人を最低数とする生活の場であるため、終末期の医療的ニーズに対応する体制ではないことや、職員の心身の負担が多く指摘されてきた（医療経済機構 2003；石井 1998）。

このような課題に対応するべく、介護施設で死を迎えられる施設内基盤の整備や体制づくりを目的として、2006年4月の介護保険制度改正において、「重度化対応加算」および「看取り介護加算」が介護報酬に加えられた。野村総合研究所（2009）によれば、2008年の時点ですでに7割以上（n=4,546）の特別養護老人ホームがこれらの施設基準を満たしている。このことから、多くの特養で死を迎えられる環境づくりが進められてきたといえるが、一方で、約9割の特養で看護職員は夜間勤務に常に含まれず「オンコール体制」をとっていることが確認された。つまり、介護職員が終末期にある利用者に対して緊急時の対応や医療処置を行わざるをえない状況があることや、普段の業務に終末期ケアが増し、過重負担となっている可能性がうかがえる。

実際に、職員の精神的負担が大きく、かつ、介護職員と医療・看護職との連携が課題と

⁹ 在宅ホスピスボランティア養成講座、研修会は、県や市など地方自治体が予算を組んで、在宅ホスピスケア普及の活動をしているNPO法人などの団体に委託するという形で、実施されている（川越 2010）

なっているとの指摘は少なくない（渡辺ほか 2010；塚田ほか 2012；太田ほか 2014）。塚田久恵ら（2012）によれば、介護職員には年齢の若い職員が多く、彼らは死の場面の体験が少ないことから看取りへの不安があるため、研修や看取りの体験を積む必要がある。終末期にある人の生活の多くを支えている介護職員の不安や負担は、見過ごすことのできない問題である。以上を踏まえ、介護職員は施設内で行う終末期ケアをどう受け止めているか、終末期ケアを行う上で直面する困難や課題は何か、それらを乗り越えるための対応策や求めている支援策とは何かを明らかにする。

1.3 終末期ケアを検討する視点

本研究では、終末期ケア¹⁰をケアする側とケアされる側の相互行為、相互関係として捉える。相互行為として終末期ケアを考える意義は、ケアする側とケアされる側のいずれも受動的な存在として考えない点にある。仮に終末期にある人に意思判断能力が失われ、全介助が必要な状態であっても、ケアする側と影響し合っていることを重視する。さらに、ケアする側も、ケアされる側のニーズを充足させるための、単なるサービス提供者としてのみ考えず、ケア関係から影響される人間であることを念頭に置く。こうした点について庄司（2013： 8）は、「ケアの本質は、単に必要とされる役務の供与と受領ではなく、生身の人間同士の相互作用によって形成されていく関係そのものであって、ケアをそのような相互行為とみることによってのみ、ケアで結ばれる人間の息づかいのレベルまでたち入ったケアの世界の実相をとらえることができる」としている。

さらに、ケアが相互行為であるため、質の高いケア体制を構築するには、ケアされる側のニーズをいかに充足させるかに焦点を当てるのみならず、ケアする側の対応可能性や限界、課題にも注目しなければならない。その理由は、ケアする側のケア負担は質の低いケアにつながりかねないためである。上野（2011： 45）は「ケアとは文脈しだいで、愛の行為から抑圧、搾取、強制労働まで、さまざまなすがたをとりうる個人と個人のあいだの相互行為である」とし、ケアの自己決定性の積極性と消極性から、「ケアの人権 human rights to care」アプローチを提示した。つまり、ケアする側とケアされる側のケア関係には、①ケアする権利、②ケアされる権利、③ケアすることを強制されない権利、④ケアされることを強制されない権利がある（上野 2011： 59-60）。これは、ケアの両義性、つまり『よきもの』でもあり、『避けたいもの』でもあるケアの両面を相対化するため」のもので、「選択できるケアは『望ましい』ものであるが、選択できないケアは『抑圧』や『強制』となる」ことを意味する。本研究では、主にケアする側の語りに依拠し、ケアする側の「ケアする権利」、「ケアすることを強制されない権利」により関心を寄せている。

また、同じケアサービス（ケア内容）であっても、誰がするか、誰がケアされるか、ケ

¹⁰ 本研究では終末期ケアを、上野（2011： 39）にならい、デイリー（Daly 2001： 31）の定義に「終末期」の定義（日本老年学会 2012： 1）を合わせて、以下のように定義する。つまり、「病状が不可逆かつ進行性で、その時代に可能な限りの治療によっても病状の好転や進行の阻止が期待できなくなり、近い将来の死が不可避となった状態にいる人の身体的かつ情緒的な要求を、それが担われ遂行される規範的・経済的・社会的枠組のもとにおいて、満たすことにかかわる行為と関係」と定義する。詳細は1章の1節を参照されたい。

アする側とケアされる側の関係性によって、ケアの質が異なると考える。上野千鶴子は、ケア関係とは「サービスとニーズの交換」であるため、サービスの提供は第三者に代替することができる¹⁾と主張し、ケアの再生産労働論¹⁾を展開した（上野 2011: 10）。しかし、例えば、排泄サービス（オムツ交換）は、誰が行っても同じく排泄サービスであるともいえるが、家族がするか、介護職員がするか、ボランティアがするかによって、またケアされる側との関係性によって、サービスの質や満足度は異なると考えられる。つまり、ケアする側とケアされる側の多様な社会的属性や関係性によって、ケアは多大な影響を受けるのである。本研究では、地域住民、ボランティア、介護職員の終末期ケアに対する経験知、専門性、医療福祉専門機関との連携程度、ケアされる人との親密度など変数に注目しながら、終末期ケアを把握する。

加えて、ケアする者とケアされる者のミクロなケア関係は、取り巻く環境と影響し合っていることを重視する。具体的には、複数のケアする者同士の関係、ケアする側が属する組織の方針、関連法律や政策、社会の規範や慣習などメゾ・マクロな環境から影響を受けている。したがって、ケアの実態を把握したり、ケアのあり方を検討したりする際に、これらの重層的な交互作用を分析することが求められる。とりわけ、社会制度や社会規範が現場に与える影響を捉えることと同時に、現場がそれらに与えるかもしれない反作用について明らかにすることが重要な社会的視点である（三井さよ・鈴木智之編 2008）。以上を踏まえ、本研究では、地域住民やボランティア、介護職員による終末期ケアの場面において、終末期ケア内容や課題、複数のアクターの関係や地域の特性や関連制度からいかなる影響を受けているのか等に目を配りつつ、生活の場における終末期ケアの実態に迫ることにしたい。

2 研究の目的と方法

2.1 研究の目的

本研究では、生活の場で最期を迎える人やその家族に対する、地域住民やボランティア、介護職員による終末期ケアの現状と課題を明らかにする。具体的には、地域住民による見守り活動および高齢者サロン活動、在宅ホスピスボランティア活動、介護職員による介護施設での看取り介護およびターミナルケアをとりあげ、各々の担い手によるケア内容、担い手が直面している困難や課題、困難や課題を乗り越えるための対応策を調べる。さらに、これらの終末期ケアを把握する際に、複数のアクター間の関係、担い手が所属する組織や地域の特性、関連制度からの影響に目をくばりつつ、実態に迫る。なお、分析結果を踏まえ、地域住民やボランティア、介護職員の終末期ケアの担い手としての可能性や限界、役割について考察し、超高齢社会で求められる終末期ケア体制のあり方について提言を行う。

研究課題は、以下の6つとする。

¹⁾上野（2011: 97）再生産労働を、「生誕から死亡までの人間の生命のサイクルのすべてにかかわる労働」とし、出産や育児、介護、介助、看取りのすべてを包含する上位概念として「ケア」を用いた。詳細は1章4節を参照されたい。

- (1) 地域住民による孤立死防止のための見守り活動の現状と課題を明らかにする。
- (2) 地域住民による高齢者サロン活動の現状と課題を明らかにする。
- (3) ボランティアによる在宅ホスピスボランティア活動の現状と課題を明らかにする。
- (4) 介護職員による特別養護老人ホームでの看取り介護¹²の現状と課題を明らかにする。
- (5) 介護職員による介護施設でのターミナルケア¹³の現状と課題を明らかにする。
- (6) (1) から (5) を踏まえた上で、地域住民やボランティア、介護職員の終末期ケアにおける可能性や限界、役割を考察し、超高齢社会に求められる終末期ケア体制のあり方について提言する。

2.2 研究の方法

生活の場で最期を迎える人やその家族に対する、地域住民、ボランティア、介護職員による終末期ケアの現状と課題を明らかにするために、以下の3件の事例調査を行った。

- (1) 地域住民による見守り活動および高齢者サロン活動に関する調査
- (2) 在宅ホスピスボランティア活動に関する調査
- (3) 介護職員による看取り介護およびターミナルケアに関する調査

2.2.1 地域住民による見守り活動および高齢者サロン活動に関する調査

福岡市に所在の城浜団地（2016年時に人口約3,700人）の孤立死防止のための見守り活動およびサロン活動に対して調査を行った。

城浜団地は、2007年頃から毎年孤立死が発生しており、転入者や一人暮らしの高齢者の孤立した生活が地域で課題となっていた。このような城浜団地に、社会福祉協議会の地域福祉ソーシャルワーカー（Community social worker、以下「CSW」とする）が定期的に訪問し、重層的な見守りの仕組づくりを支援した。城浜団地の見守り活動や高齢者サロン活動を調査対象としたのは、孤立死や社会的孤立を防止するための住民の主体的な活動でありながら、社会福祉協議会およびCSWなどとの協働の状況が詳細に把握できると考えたためである。

調査は2012年9月から2014年2月にかけて、計9回、城浜団地の高齢者サロンの1つであるよかよかサロン活動に参加しながら、活動を観察し、担い手や参加者とのラポールの形成に努めた。さらに、2014年6～8月の間、見守り活動やサロン活動の担い手10人と、担当CSWを対象に、半構造化面接法でインタビューを行った。調査内容は、見守りの仕組づくりのプロセス、見守り活動の内容、見守り活動を行う上での困難や課題および対処方法、地域の特性との関連性、CSWからの支援と関係などである。インタビュー調査の詳細内容や結果については、第2章を参照されたい。高齢者サロン活動については、サロン活動の内容、サロン活動を行う上での課題および対処方法、サロンボランティアとサロン活

¹² 2006年4月の介護保険制度改正において、「重度化対応加算」および「看取り介護加算」が介護報酬に加えられた。看取り介護とは、この看取り介護加算に算定される終末期ケアを指す。詳細は2章を参照されたい。

¹³ 調査対象のY法人では、施設内で終末期にある利用者へのケアを指して「ターミナルケア」という言葉を用いているため、看取り介護加算に該当しない終末期ケアも含まれている。詳細は6章を参照されたい。

動者との関係、サロンボランティア同士の関係、CSW からの支援、活動による変化、社会的孤立防止の効果などである。インタビュー調査の詳細内容や結果については、第3章を参照されたい。

2.2.2 在宅ホスピスボランティア活動に関する調査

福岡市を中心に活動している在宅ホスピスボランティアの会「手と手」に対して、2015年7月から2017年2月にかけて調査を行った。「手と手」を調査対象とした理由は、「手と手」が在宅ホスピスボランティア養成講座を修了した者で自主的に結成したグループであり、立ち上げた2010年から現在まで活動を続けているボランティアがいることから、「手と手」の初期から現在の活動に至るまでの情報が得られると考えたためである。さらに、調査当時に6年以上の活動実績があることから、本研究が明らかにしようとする在宅ホスピスボランティアの活動の現状と課題について、有効なデータが得られると考えられる。

調査は2015年7月から2017年2月まで行われた。2015年7月に「手と手」を立ち上げた代表者2人と二ノ坂クリニックのソーシャルワーカーであるTワーカーに対して、半構造化面接法でインタビューを行った。さらに、2015年7月から2016年7月まで、デイホスピス、月例会に平均月1回以上参加しながら、活動を観察し、担い手や参加者とのラポールの形成に努めた。なお、在宅訪問活動の経験がある11人の会員を対象に、活動内容や活動を始めた動機、介護や死別の経験、活動をするうえでのやりがいや課題、二ノ坂クリニックとの協働関係などについて半構造化面接法でインタビューを行った。インタビュー調査の詳細内容や結果については、第4章を参照されたい。

2.2.3 介護職員による看取り介護およびターミナルケアに関する調査

介護職員による看取り介護については、福岡県に所在するY社会福祉法人のZ特別養護老人ホーム（以下、「特養」とする）の介護職員を調査対象とした。調査対象の選定理由は、Z特養は、加算制度以前から入所者や家族の意向に寄り添って、看取りを行っており、加算制度の施行（2006年）当時から加算要件を満たしており、介護職員の大半は加算要件が満たされた環境のなかでの看取り介護の経験があるため、看取り介護の現状と課題が把握しやすいと考えたためである。

調査は、2014年2月にY社会福祉法人のZ特養の施設長、看護部長、介護主任に対する予備調査を経て、2014年12月に、Z特養の看取り介護の経験がある介護職員9人に対し、半構造化面接法でインタビューを行った。調査内容は、看取り介護の経験、看取り介護の遂行上の課題、望むサポートなどであった。インタビュー調査の詳細内容や結果については第5章を参照されたい。

さらに、介護職員によるターミナルケアについては、2014年7月から8月にかけて、Z特養で働いている介護職員全員85名、Y社会福祉法人の小規模多機能施設で働いている介護職員13名に対して、留置法で質問紙調査を行った。Y社会福祉法人では、看取り介護加算制度が施行される前から施設内で終末期ケアを行っており、Y社会福祉法人では、「ターミナルケア」という言葉を使用していた。それゆえ、質問紙調査においては、「ターミナルケア」を「利用者の方が、医師によってターミナル期（医学的に回復の見込みがない）と診断されたときから、（利用者と家族が施設で最期まで暮らすことを希望する場合に

において) 最期までおこなうケア」と定義した。つまり質問紙調査では、ターミナルケアは、看取り介護加算の算定とは関係なく終末期にある入所者へのケアを指す。調査内容は、ターミナルケアの遂行上の困難や課題、対処方法、望むサポートなどである。調査の詳細内容や結果については、第6章を参照されたい。

2.3 論文の構成

序章では、社会的背景と問題意識を踏まえた研究目的を提示し、研究の方法を整理する。

第1章では、本研究における終末期ケアの定義を行ったうえで、戦後の終末期ケアの変遷を担い手や関連政策を中心に概観する。さらに、地域住民、介護職員、ボランティアによる終末期ケアの現状と課題を踏まえ、本研究における研究課題を明確にする。

第2章では、城浜団地の住民主体の見守りの仕組みづくりのプロセスと見守り活動者の意識を分析する。その際に、見守りの仕組づくりを支えるCSWの支援内容や住民ボランティアとの関係にも注目する。分析結果を踏まえ、見守り合う地域づくりの担い手としての住民ボランティアの役割や課題について考察する。

第3章では、城浜団地の「ふれあい・いきいきサロン」の2年間の活動内容や住民ボランティアの意識を分析し、活動をする上での課題、やりがいを明らかにする。さらに、住民ボランティアと参加者の関係、住民ボランティア同士の関係にも注目し、社会的孤立防止策としてのサロン活動の可能性について検討する。

第4章では、在宅ホスピスボランティアの会「手と手」のボランティア11人に対して行ったインタビュー内容を分析し、ボランティアの活動動機と介護や死別の経験との関連、活動をする上での課題、課題に対する「手と手」の対処法、二ノ坂クリニックとの協働関係などを明らかにする。さらに、在宅訪問活動の事例の分析を加えて、在宅ホスピスボランティアの生活支援活動の担い手としての可能性と限界について考察し、活動をより充実させるための医療福祉機関や専門職との連携の重要性について論じる。

第5章では、看取り介護加算を算定しているY社会福祉法人Z特養の介護職員を対象として、看取り介護の遂行上の困難や課題とその対処方法を明らかにする。さらに、分析結果を施設内基盤の整備・体制づくりと関連づけて考察を行う。

第6章では、Y社会福祉法人の介護職員が終末期にある利用者をケアするにあたって、どのような点に不安や負担を感じているかを確認する。「不安」とは感情的・精神的な恐怖や心配、緊張感のような心因性の不快な心的状態、「負担」は本人の力量を超えた重すぎる仕事や責任として、両者を区別して意識を調べる。さらに、介護職員が不安や負担に対していかなる対処法をとっているか、希望する支援策とは何かを確認し、不安や負担の減少につながるサポート体制について考察する。

終章では、地域住民、在宅ホスピスボランティア、介護職員による終末期ケアの現状と課題に関する相違点や共通点を踏まえながら、それぞれの終末期ケアの担い手としての可能性や限界、役割について纏めた上で、超高齢社会で求められる終末期ケア体制のあり方について提言を行う。

2.4 参考論文

参考論文は、以下の5編である。

(1) 2章の参考論文

孔英珠, 2015, 「地域住民による見守りの仕組みづくりと担い手の意識——福岡市城浜団地の見守り活動者へのインタビューをもとに——」『社会分析』日本社会分析学会, 42: 141-159.

(2) 3章の参考論文

孔英珠, 2017, 「高齢者サロン活動による社会的孤立防止の可能性と課題——福岡市の公営住宅団地における「よかよか」サロン活動に対する事例研究」『社会分析』社会分析学会, 44: 61-79.

(3) 4章の参考論文

①孔英珠, 2018, 「在宅ホスピスケアにおけるボランティア活動の諸相——インタビュー調査のデータ分析から——」『西日本社会学年報』西日本社会学会, 16: 95-110.

②孔英珠, 2019, 「在宅ホスピスボランティアの活動の現状と課題——在宅ホスピスボランティアの会「手と手」の事例研究をもとに——」『人間科学・共生社会学』九州大学大学院人間環境学研究院, 9: 19-34.

(4) 5章の参考論文

孔英珠, 2017, 「看取り介護加算を算定している特別養護老人ホームの介護職員における看取り介護を行う上での困難・課題とその対処方法」『社会福祉学』社会福祉学会, 58(2): 25-41.

第1章 先行研究の検討

本章では、本研究における終末期ケアの定義を行った上で、戦後の終末期ケアの変遷を概観する。次いで、生活の場における終末期ケアの現状と課題を、地域住民、ボランティア、介護職員の担い手別に確認する。なお、ケアの配分に関する議論や分析枠組みを踏まえて、本研究における分析枠組みとしての応用可能性について検討する。

1. 本研究における終末期ケア

「終末期」について、法律上の定義は存在しないが、2000年代以前には、終末期を主に進行がんの場合の生命予後（余命）の「半年以内」「一年以内」と想定していた。しかし、近年、さまざまながんの区分ごとにさまざまな対応の仕方が見出され、「がん」として一括りに扱うことはできなくなった。さらに、終末期には、がんやエイズだけではなく、高齢者に特有の問題や小児の難病、神経難病、さらには救急医療などの場面も含まれており、さまざまな疾患も含めて考えると、生命予後の長さを共通のものさしにすることは難しくなってきた（日本医師会生命倫理懇談会 2006）。

日本老年医学会（2012：1）は「高齢者の終末期」について、「高齢者は複数の疾病や障害を併せ持つことが多く、また心理・社会的影響も受けやすいために、その『終末期』の経過はきわめて多様である。そのため臨死期に至るまでは余命の予測が困難であることから、『終末期』の定義に具体的な期間の規定を設けなかった」とし、「病状が不可逆かつ進行性で、その時代に可能な限りの治療によっても病状の好転や進行の阻止が期待できなくなり、近い将来の死が不可避となった状態」と定義づけている。

以上のように、終末期は死亡までの一定の期間、つまり余命で考えることは難しい。超高齢社会となった今日においては、死にいたる多様なパターンがみられるため、終末期ケアを提供する際の便宜上、多職種がチームで判断するようになってきた。例えば、厚生労働省（2007）の『終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン』においては、「どのような状態が終末期かは、患者の状態を踏まえて、医療・ケアチームの適切かつ妥当な判断によるべき」としている。また、全日本病院協会（2016）の『終末期医療に関するガイドライン～よりよい終末期を迎えるために～』においては、「終末期」とは、①医師が客観的な情報をもとに、治療による病気の回復が期待できないと判断すること、②患者が意識や判断力を失った場合を除き、患者・家族・医師・看護師等の関係者が納得すること、③患者・家族・医師・看護師等の関係者が死を予測し対応を考えることの3つの条件を満たす場合とされている。

一方、終末期ケアは、ターミナルケア、ホスピス緩和ケア、エンド・オブ・ライフケアなど、類似する概念と混用されることが少なくない（柏木 1978；日本ホスピス緩和ケア協会 2009；樋口ほか 2010；ソングース 2017）。これらの概念に共通するのは、回復が見込めない人が死の瞬間までその人らしく生きるために、本人の希望や意思が尊重され、本人や家族が有する多様な苦痛に対して多職種で連携しながら対応することである。ただし、

これらのターミナルケア、ホスピスケア、緩和ケアの用語の歴史的背景を辿ると、医療・医学的ケアが中心となっており、ケアする側の視点が重視された定義であると考えられる（樋口ほか 2010）。

他方、上野は、ケアの定義を検討する際に、ケアをケアする者とケアされる者との相互行為、「社会的『関係』と見なす」（上野 2011: 40）とした。そして、メアリ・デイリーの定義である「依存的な存在である成人または子どもの身体的かつ情緒的な要求を、それが担われ、遂行される規範的・経済的・社会的枠組のもとにおいて、満たすことにかかわる行為と関係」（Daly 2001: 37）を採用した。

さらに、上野は上記の定義を採用することで、以下の6つの効果があるとした。第一に、社会的かつ歴史的な文脈依存性が書き込まれていることで社会的かつ歴史的に比較可能な概念である。第二に、相互作用的な定義である。第三に、役割とその遂行の社会的配置を含むことで、ジェンダー、階級、人種のような変数を取り入れ、その間の比較を可能にする。第四に、成人と子どもを含むことで、介護、介助、看護、育児までの範囲をカバーする。第五に、身体と情緒の両方を含むことで、ケアのもつ世話と配慮の両面をカバーする。第六に、規範から実践までを含むことで、ケアの規範的アプローチと記述的アプローチを可能とする。本研究では、上野（2011: 39）にならい、デイリー（Daly 2001: 31）の定義に、「終末期」の定義（日本老年学会 2012: 1）を組み合わせ、以下のように終末期ケアを定義する。

病状が不可逆的かつ進行性で、その時代に可能な限りの治療によっても病状の好転や進行の阻止が期待できなくなり、近い将来の死が不可避となった状態にいる人の身体的かつ情緒的な要求を、それが担われ、遂行される規範的・経済的・社会的枠組のもとにおいて、満たすことにかかわる行為と関係

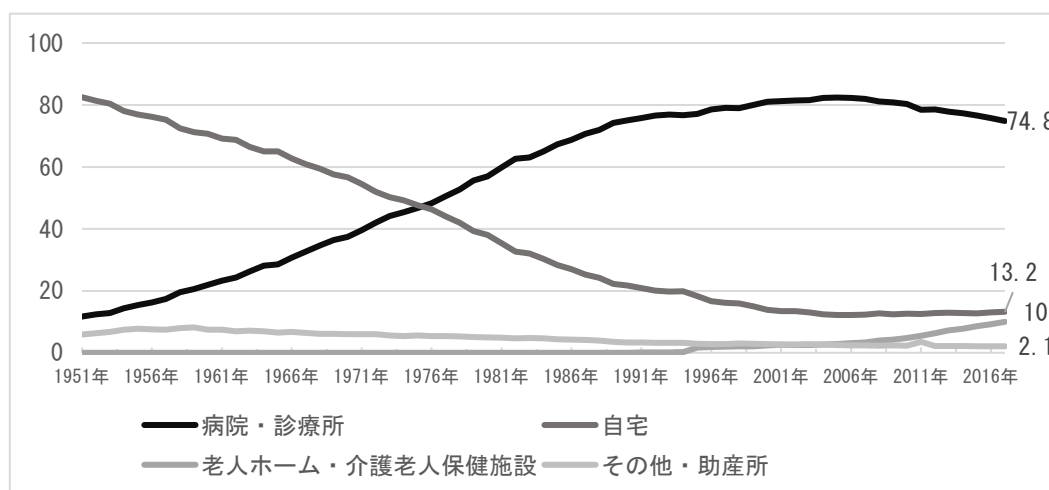
本研究では、終末期ケアをケアする側とケアされる側の相互行為として捉え、ケアする側とケアされる側の相互関係に注目する。具体的には、ケアする側の終末期ケアに対する経験知、関心度、専門性、ケアする側とケアされる側との親密度などの変数を中心に、ケア関係を把握する。さらに、ケアする側とケアされる側のミクロなケア関係のみならず、終末期ケアに関わる複数のアクターの関係、ケア関連の政策との関連性を踏まえてケア場面の分析を行う。それゆえ、社会的環境のもとで行われる相互作用的行為と関係を表す上記の定義が適切だと考えられる。

2 戦後の日本における終末期ケアの変遷

2.1 死の医療化と病院死の時代 — 戦後から 1970 年代まで

日本において、戦後から 1970 年代前半までは、経済の成長や医療技術の進歩が著しい時期であった。それゆえ、主に 65 歳未満の若年層における感染症死亡を制圧したことに起因して、死亡率や死亡数ともに減少し、死亡数が 60 万～70 万台で安定していた。この時期は、終末期にある人が病院で最期まで医療サービスを受けながら最期を迎えることが増え続け、1970 年代の半ばには病院死が自宅死を上回るようになった（図 1）。金子隆一（2017）

は、1950年代から80年代を「少死時代」といい、この間には死というものが日常から遠ざかり、若者が親族や友人の死を経験する機会が大幅に減少したと述べている。新村(2001)は、病院死が自宅死に比べてはるかに多くなってきたことで、死が医療現場でしか見られなくなり、日常的な生活の場から看取るための知識や技術が失われていく「看取りの文化の消失」につながったとした。



(出所) 厚生労働省「人口動態統計」をもとに悪性。1994年までは老人ホームが「自宅」に含まれている。老人介護保健施設は1989年からデータの収集を行った。

図1 死亡場所の年次推移

このような死の医療化ないし病院化の背景として、脳血管疾患や悪性新生物、心疾患などの生活習慣病が増え、医療への依存度が高まったこと、核家族化や女性の社会進出によって家族介護が減少し、入院医療に依存する傾向となったこと、社会保障制度が確立し、医療的ケアの社会化が図られたことなどがあげられる(新村 2001)。特に、1961年に現在の国民皆保険制度ができたこと、1973年に老人医療費無料化などの施策が打ち出されたことによって、高齢者を病院に集める動きが活性化するようになった。この高齢者の社会的入院の増加は、死の病院化を加速化させた。

さらに、この時期の終末期ケアの担い手は主に医療職であった。病院で最期を迎えるようになるとともに、どこでどのように終末期を過ごすか、誰にどんなケアを受けるかなどに関する判断や選択は、医療職に委ねられるようになったのである。ケアの社会化がケアの脱家族化であるとするならば、終末期ケアは、他の育児や高齢者介護に比べて、戦後の早い時期から脱家族化が進んでいたと言える。ただし、この時期の終末期ケアとは、主になんかの病気を患う患者が死亡に至るまでの数か月、比較的短期間を終末期としていたことに注意する必要がある。さらに当時は、死亡するまで治療を続けることも稀ではなかったため、終末期ケアの担い手は医師や看護師であったが、介護に関してはほとんど家族が行っていた。63年に老人福祉法が制定され、高齢者の福祉増進のために特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、老人家庭奉仕員派遣サービスが盛り込まれ、全国的に展開され始めたが、当時の福祉サービスを利用可能な対象者は貧困層や家族がいない高齢者に限定され

ていた。一方、日本では、1970年代に入って、イギリスからホスピス思想が導入された¹⁴。1973年には、ホスピスケアの全人的ケアに共感した人々によって、淀川キリスト教病院で「末期患者のケア検討会」が始まり、1984年に病棟型ホスピス（緩和ケア病棟）が開設された。当時の代表だった柏木哲夫は、後に著書の『死にゆく人々のケア』（1978）の中で、死にゆく人をめぐるさまざまな苦痛を和らげるためには、家族を含めた多職種によるチームアプローチが必要であることを強調している。

2.2 ケアの社会化と死の脱病院化の胎動 —1980年代から1990年代

1980年代から1990年代において、主な死を迎える場所は病院であり、終末期ケアの主な担い手が医療職であることは変わりなかった。日本において1980年代は、家族形態が変容し、家族規模が縮小するなか、高齢者介護の担い手問題が浮上した時期である。それゆえ、日本政府は日本型福祉社会論を打ち出し、家族を「含み資産」として、重要な介護の担い手として位置づけようとしたが、一度医療職に委ねた終末期ケアは、再び家族やコミュニティが担うことにはならなかった。

一方、広井（2013）によると、高齢者の終末期ケアをめぐる議論は1995年前後に始まる。高齢化が進み、さまざまな慢性疾患を抱え死に至るようになったことにより、がん患者を中心に展開されてきた短期間のホスピス・緩和ケアの範囲に収まらない状況が多く見られるようになった。さらに、高齢者の社会的入院による医療財政の圧迫や家族介護への支援、高齢者本人の尊厳や生活の質の向上のために、介護施設をはじめとする生活の場で最期を迎えるための議論が始まった。例えば、1996年に高齢化の急速な進展や疾病構造の変化の中で新しいターミナルケアのあり方を探る「福祉のターミナルケア調査研究委員会」が長寿社会開発センターに設置され、1997年に『福祉のターミナルケアに関する調査研究報告書』が発刊された（長寿社会開発センター 1997）。報告書は、今後「医学的介入の必要性の薄い『死』のあり方が確実に増え、長期ケアないし『生活モデル』の延長線上にあるような、いわば『福祉的なターミナルケア』が非常に大きな位置を占めるようになるのではないか」（長寿社会開発センター 1997: 4）としたうえで、国内外の様々な施設を視察し、介護施設における終末期ケアの可能性を提示している。しかしながら、前掲の報告書の内容に対して「『みなし末期』を肯定している」という厳しい批判もあった（石井 1998）。

さらに、ケアの現場レベルにおいては、1990年代から在宅ホスピスケアの実践がみられるようになった。この実践は医療化された死の方に疑問をいただいた医師によって始められた（山崎章郎 1990；ニノ坂 2005；上野 2015；山崎ほか 2015）。これは単に自宅で最期を迎える人々に在宅医療サービスの提供にとどまらず、他の医療福祉機関や専門職、ボランティアと連携を図りながら、終末期にある人々の全人的ニーズに応えようとする試みであった。

¹⁴ 1967年イギリスでは、現代ホスピスの始まりである「セント・クリストファー・ホスピス」が設立され、死にゆく人の患者の肉体的な苦痛のみならず、精神的・心理的な苦痛を緩和し、安らかに最期を迎えるような緩和ケア（palliative care）を実践した。一方、日本在宅ホスピス協会の「在宅ホスピスケアの基準」によれば、「ホスピスケアは余命が限られた不治の患者が身体的・心理的・社会的・霊的苦痛から解放され、残された日々を人間としての尊厳を保ちながら、心身ともに安楽に過ごすことができるようにするためのケア」とされている。

また、1990年代初期に「宅老所」(村瀬 2011)や「富山型サービス」(上野 2011)のような、病院や介護保険施設以外に人生の最終段階の居場所が設けられ、地域の中で穏やかに死を迎えることを支える実践が始まった。さらに、1990年代のケア関連政策の中心的な柱は、市町村の役割重視、保険・医療・福祉の総合的ケア提供、在宅福祉の推進、福祉サービス分野における民間事業者の育成などであった(藤崎 2012)。具体的には、高齢者保健福祉推進10か年戦略(ゴールドプラン)、新ゴールドプランにもとづく保健福祉サービスの量的拡大により図られ、介護費用の社会化が推進された。さらに、介護保険制度の制定をめぐる議論の中で、介護行為の社会化のみならず、介護の貨幣費用の社会化についても議論された。笹谷(2005)によれば、介護の社会化には、家族介護者が家庭内で行う不払い労働・介護労働を家族の外部にある社会的労働へ転嫁する道があるとした。例えば、家庭から施設等への介護の場の移動や、在宅における家族介護者の無償労働が有償・無償のサービスへ代替されることである。さらに、家族介護者の不払い労働を社会的に評価し、家族介護者に対して現金給付と休暇保障をする道があるとしている。また、家族の代替となれる選択肢は、公的なサービスによるものや、市場による私的なもの、ボランティアなものがあるとした。すなわち、介護の社会化とは、ケア費用(ケア労働やケアにかかる金銭的費用)の脱家族化を意味しており、家族から国家や企業、コミュニティへのケア負担の移転と説明している。これらのケアの社会化やケアの配分をめぐる議論は2000年の介護保険制度の施行とともに、より蓄積されるようになった(上野 2011; 保田 2013)。

2.3 多死社会の備えと地域包括ケア体制の構築 — 2000年代以降

2005年にはわずか2.8%であった介護施設における死の割合が、2016年には9.2%にまで伸びたものの、2016年時点で病院死の割合は7割以上であり、自宅死はほとんど増加していない(図1)。ところが、日本の死亡数の年次推移をみると、1970年代後半から2040年頃まで増加傾向が続き、ピーク時の死亡数は約170万人に達すると見込まれている(国立社会保障・人口問題研究所 2017)。2016年時点で、病院での死亡数は全体の7割以上を占めているが、今後多くの終末期患者を受け入れるための新たな入院施設を整備することは困難である。それどころか、医療・介護の給付費の急激な増加が見込まれるなか、政策的に病床数は減らされつつある。それゆえ、多死社会に備えるためには、死を迎える場所の確保や終末期にある人の多様なニーズに対応できるケア体制の構築が重要な課題となる。

このような状況を踏まえ、2000年代に入ると、高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしをできるかぎり続けることができるよう、「住まい」「医療」「介護」「予防」「生活支援」が切れ目なく一体的に提供される包括的なケア体制(厚生労働省 2009)の構築が進められてきた。地域包括ケア研究会の報告書では、「要介護者の増加、とりわけ中重度者の増加は、少し遅れて、看取りのニーズの増加にもつながっている。(中略)2040年に向けた課題は、『いかにして団塊の世代を看取るか』という点に集約されていく」(三菱UFJリサーチ&コンサルティング 2017: 9)とされ、終末期ケア体制について検討を重ねてきた。これまでの地域包括ケア研究会の報告書をみると、主に、①「最期についての本人と家族の選択と心構えの必要性」、②「最期についての本人と家族の意思決定支援」、「多様な看取りの場所の確保」、④「包括的なケア提供のための多職種間連携」について検討されてきた(厚生労働省 2009, 2013; 三菱UFJリサーチ&コンサルティング 2010, 2013, 2014, 2016, 2017)。

議論の内容に沿って、実際に行われている取り組みを確認すると、①「最期について本人と家族の選択と心構えの必要性」については、どこで療養し、最期を迎えるかを始め、治療の方針や希望する過ごし方など、最期について本人が自ら選択することが極めて重要であるとしている。ただし、終末期の人のなかには、意思の確認が難しい場合が少なくないため、家族の状況や意向も考慮せざるをえない。そこで、厚生労働省は、人生の最終段階におけるケアに関する話し合いを、自分自身で考えたり、家族や友人、医療福祉専門職などの信頼する人たちと話し合ったりする ACP（アドバンス・ケア・プランニング）を広めようとしている（厚生労働省 2018；神戸大学 2018）。

次いで、②「最期についての本人と家族の意思決定への支援」については、「高齢者や家族、地域住民に対して、多様な看取りのあり方と、在宅看取りの可能性と具体的な選択肢について、十分な情報提供」（厚生労働省 2013： 12）することが重要であるとしている。さらに、「実際の意味決定支援は、個別の医師やケアマネジャー、後見人などが一人で担うのではなく、チームケアで取り組む姿勢を徹底すべき（厚生労働省 2016： 13-14）」であるとしている。厚生労働省は、2007年に多職種が連携して本人と家族の意思決定支援する際に活用できる「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン¹⁵」（厚生労働省 2007）を策定している。

③「多様な看取りの場所の確保」については、「看取りを病院や施設のみならず、地域内の様々な居住環境において実現できることが望まれる」とした上で、「例えば、複数の者に対して民家でホスピスケアを行う取組み等、在宅で看取りを行う取組みを支援すること等を検討すべきではないか」（厚生労働省 2009： 17）と提言している。この「複数の者に対して民家でホスピスケアを行う取組み」とは、「宅老所」（村瀬 2011）や「富山型デイサービス」（上野 2011）、「かあさんの家」（市原 2014）の取組みのことである。これらは、自宅でも病院でも制度内の介護施設でもないが、住み慣れた地域で穏やかに過ごし、日常の延長線上にある死まで支える最期の居場所として始まった取組みである。

最後に、④「多職種間連携による終末期ケアの体制の確立」については、在宅での日常的生活を支える多職種連携の延長線上に終末期ケアがあるとし、普段からの連携をベースと考えている。さらに、医師を看取りのもっとも重要な中心的な担い手としつつ（厚生労働省 2010： 35）、訪問看護は在宅での最期を支える重要なサービスであるとしている。ただ、小規模の訪問看護事業者の訪問看護サービスの非効率さや在宅生活を 24 時間支える仕組みの不足、医療ニーズが高い高齢者に対する医療と介護との連携の不足などの問題を踏まえ、2012年に訪問介護と訪問看護の両方を提供し、定期巡回と随時の対応を行う 24 時間対応の「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」が創設された。

一方で、以上の地域包括ケアシステムの議論のなかには、死にゆく人やその家族が有する、生活支援ニーズ、情緒的ニーズ、スピリチュアルな苦痛に対する支援策についてはほとんど言及されておらず、その担い手や方法についても具体的に議論されていない。さらに、終末期ケアや死の福祉教育に関しても、終末期ケアや死に関する情報伝達にとどまっており、死の文化や死生観の涵養については、議論が行きわたっていない。

¹⁵ 2018年に「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」に改訂されている。

表 1 地域包括ケア研究会の報告書における終末期ケア体制（概要）

年度	地域包括ケア研究会の報告書における終末期ケア体制（概要）
2008年度	地域包括ケアシステムを、「おおむね30分以内に駆けつけられる圏域で、個人個人のニーズに応じて、医療・介護等の様々なサービスが適切に提供できるような地域での体制」とし、「こうした地域包括ケアシステムが構築されれば、人生最期のときまで自分らしく生きていける」とした（4頁）。さらに、看取りの場所について、「看取りを病院や施設のみならず、地域内の様々な居住環境において実現できることが望まれる」とした上で、「例えば、複数の者に対して民家でホスピスケアを行う取組み等、在宅で看取りを行う取組みを支援すること等を検討すべきではないか」と提言した（17頁）。
2009年度	訪問看護を「在宅での看取りをはじめとした診療の補助等を行い、特に中重度者の在宅生活を支えるための重要なサービス」としているが、小規模の事業者の訪問看護サービスの非効率さ等を課題としてあげ（23-24頁）、24時間巡回型のサービスの導入によって、在宅での看取りに対応を模索している（40頁）。また、看取りのリーダーは、現在も2025年も医師であるとしている（35頁）。
2012年度	「2025年には、単身又は高齢者のみ世帯が主流になることを踏まえると、（中略）毎日、誰かが訪問してきて様子は見ているが、翌日になったら一人で亡くなっていたといった最期も珍しいことではなくなるだろう。常に家族に見守られながら自宅で亡くなるわけではないことを、それぞれの住民が理解した上で在宅生活を選択する必要がある」とし（3頁）、最期についての本人と家族の選択と心構えについてふれている。さらに、医療と介護の連携のための相互理解の推進が地域包括ケアシステムに重要であることを強調した上で、「在宅医療を行う医師に対して、地域のケアマネジャー、看護師、介護職員、リハビリスタッフ、歯科医師、歯科衛生士、薬剤師、管理栄養士等の多職種が強力な応援団となるということを示した上で、多職種協働（IPW：Inter-Professional Work）の成功事例を効果として体感してもらうことが重要ではないだろうか（23頁）」と述べ、他職種連携の推進を提言した。
2013年度	生活の場における看取りについて、大きく①看取りに関する情報提供の方法としての、「地域住民に対する看取り教育の必要性」、②「医療職による介護職員との終末期ケアの共有」、③「看取りの場所の予測・確保の必要性」が示された。①「地域住民に対する看取り教育の必要性」については、「戦後の経済成長の中で、家庭での看取りが減少し、人が死んでいく過程を知らない若年層や子どもたちがほとんどとなっている。在宅の看取り機能を高めるためには、在宅医療・介護の仕組みを構築するだけでなく、高齢者や家族、地域住民に対して、多様な看取りのあり方と、在宅看取りの可能性と具体的な選択肢について、十分な情報提供を行っていく工夫が重要である」とし、生活の場における質の高い看取りのためには、医療専門職以外の本人や家族、地域住民の主体的な選択、そのための情報提供の重要性を強調しており（12頁）、情報提供の方法として地域住民に対する「看取り教育」の充実が上げられている（26頁）。②「医療職による介護職員との終末期ケアの共有」については、さらに、死期が近づいた状況における身体的なケアの方法について、医療職による介護職員への「症状緩和や介入技術を伝達するだけでなく、とりわけターミナル期に予測される臨床経過や最終末期に生じうる症状とその対処方法について、丁寧に介護職員に伝達する過程が求められる。このように、多職種で看取りのプロセスを共有し、経験を蓄積することを通じて、看取りへの対応力を向上させていくことを期待している」（20項）。③「看取りの場所の予測・確保の必要性」に関しては、看取りの場所として、在宅を始めたとする「住まい」、最期の2週間程度を過ごす「医療機関」、それ以外の「住まいと医療機関の中間施設」が看取りの場所とされているが、2015年に向けた必要量を予測し確保する必要性を指摘した（20-21頁）。
2015年度	「2039年は、死亡数のピークと予想されており、そうした意味でも、人生の最終段階における考え方の再整理や看取りの体制や方法について、具体的な検討を行い、実践できる体制を整備する必要性が高まっていく」（7頁）とし、「人生の最終段階における考え方は時代や社会環境により変化し得ることを指摘し、超高齢者社会においては、『治す医療』のみならず、『治し・支える医療』が求められている」とした。さらに、「人生の最終段階における意思決定について、本人の意思の尊重は極めて重要」とし、実際の意思決定支援は、個別の医師やケアマネジャー、後見人などが一人で担うのではなく、チームケアで取り組む姿勢を徹底すべきである」（13-14頁）とした。
2016年度	「要介護者の増加、とりわけ中重度者の増加は、少し遅れて、看取りのニーズの増加にもつながっている。死亡数がピークに達するのは、2040年頃であり、現在の約1.3倍の人が一年間に亡くなっていく。まさに、団塊の世代が90歳に達する頃であり、そういう意味で、2040年に向けた課題は、『いかにして団塊の世代を看取るか』という点に集約されていく」（9頁）とし、終末期ケア体制の構築が喫緊の課題であることが示されている。さらに、多職種連携が求められる場面は、おおむね、①退院し在宅に戻る際と（急変時以外での）入院の際、②在宅での日常的生活（急変時対応を含む）、③人生の最終段階（看取り）の3つに整理できるとし、「③人生の最終段階（看取り）の支援は、サービスを提供するだけではなく、本人の意思決定支援の側面も大きく、それは、②在宅での日常的生活を支える多職種連携の延長線上にあると考えるべきであろう」（21頁）とした。

3 生活の場における終末期ケアの現状と課題

3.1 地域住民による社会的孤立防止対策および生活支援活動の可能性と課題

単独世帯や夫婦のみ世帯の増加が見込まれるなか、今後、常に家族や医療職に見守られないなかで最期を迎えることは珍しいことではなくなる。亡くなる瞬間に独りであることを防ぐこと以上に重要な点は、人生の最終段階に質の高い終末期ケアを受けながら、孤立せずに過ごすことであると考えられる。

3.3.1 社会的孤立の定義と背景

社会的孤立について内閣府（2010）の高齢社会白書では「家族と地域社会との交流が客観的にみて著しく不足した状態」とし、東京市町村自治調査会（2012）は「基本的社会関係ネットワークが不在されている状態、①日常的なコミュニケーション相手の不在、②相談が必要な際の相談相手の不在、③病気や負傷等の緊急時に駆けつけてくれることができる相手の不在」の状況であるとした。阿部彩（2014：18）の①社会的交流（人とのコミュニケーションや交友）の欠如、②社会的サポート（病気の時の世話など必要な時にサポートが得られない）の欠如、③社会的参加（地縁団体、ボランティア活動、趣味・スポーツの会などの社会活動）の欠如としている。このように、先行研究における社会的孤立の定義・概念は研究ごとに異なっており、それぞれ操作的に尺度を設けている。ただし、社会的孤立に対する定義・概念の共通する内容として、「つながり（ソーシャルネットワーク、交流）の欠如」だけでなく、「ニーズの充足可能性（ソーシャルサポート）の欠如」まで含んでいることが指摘される。これは、社会的孤立に陥っている人々が単につながりのない状態のなかで孤独感からコミュニケーションや交流を求めているだけでなく、実際に生活の様々なニーズの中で身動きが取れない状況にあることが多いことから（全国社協2010）、様々な手助けやサポートの必要性が認識されるためであろう。

一方、高齢者の社会的孤立の背景には近年の経済環境の急激な変化、家族の縮小、都市環境の変化、価値観の揺らぎ等の社会環境の変化によるソーシャルネットワークの縮小・脆弱化とともに高齢期における失業や低収入、配偶者の死亡、一人暮らし等のライフイベントの発生があげられる（高齢者等が一人でも安心して暮らせるコミュニティづくり推進会議2008）。さらに、阿部（2014：17）によれば、社会的孤立のリスクが高い属性としては、「男性、高齢者、離死別者、単独（一人暮らし）世帯、未婚や子どもがいない、低所得層、低学歴層」が挙げられている。また、『平成22年度版高齢社会白書』は、孤立する高齢者の特徴として「一人暮らし」、「健康状態がよくない者」、「未婚や離別した者」、「暮らし向きの苦しい者」を挙げている。図2は社会的孤立の背景、要因をまとめたものである。

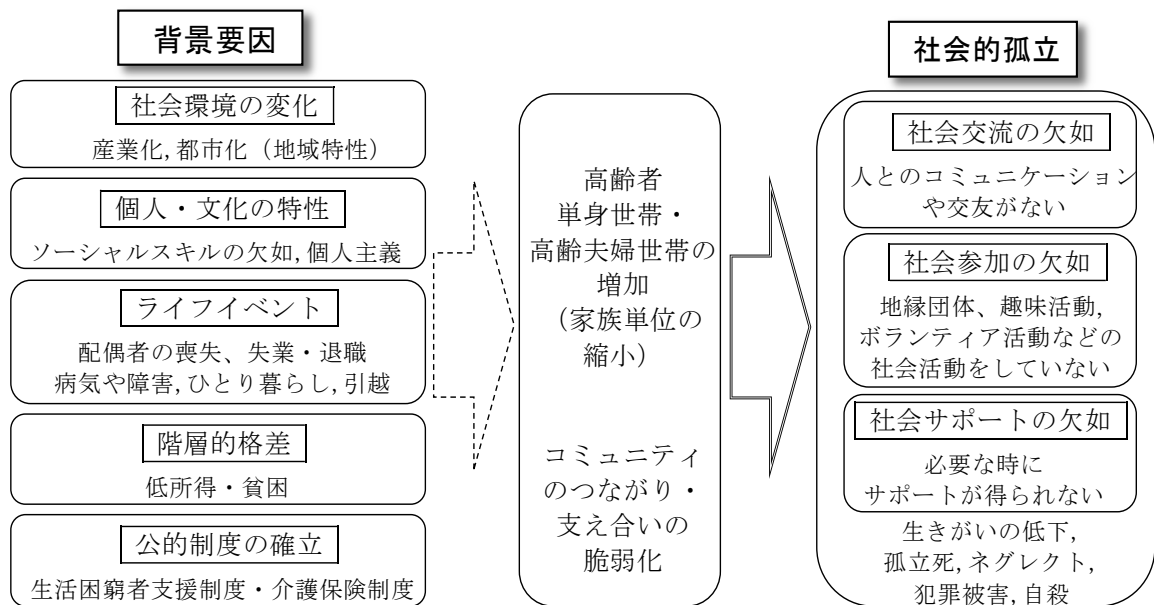


図 2 先行研究における高齢者の社会的孤立

3.3.2 社会的孤立を防止するための住民による取り組み

近年、社会的孤立を防ぎ、生活支援ニーズへの対応策として、地縁団体やボランティアによる生活支援活動に期待が高まっている¹⁶（厚生労働省 2008；安心生活創造事業推進検討会 2012；全国社会福祉協議会 2015）。さらに、2000 年代以降、孤立死や社会的孤立の防止策として、地域住民間のネットワーク構築とコミュニティの活性化を目的とする地域福祉政策が模索されている（黒岩 2012）。例えば、厚生労働省（2008）では、2007 年度に「孤立死防止推進事業」を創設し、有職者による推進会議を設置し提言の策定を行うとともに、各自治体における孤立死対策の推進のための取り組みの支援を行った。その後の各自治体の孤立死対策をみると、同じ地域に住む人々による見守り活動¹⁷の事例が多く挙げられている（厚生労働省 2013b）。具体的には、約 230 自治体の見守り活動を実施主体別に分類し、地域住民やボランティア等を見守り活動者として育成し協力してもらう「協力員活動型」、新聞、ガス、電気などの事業者と協定を締結し、異変があった場合等の連絡や支援体

¹⁶ 生活支援活動をより継続的かつ安定的に運営するためにシステムをすすめる取り組みも広がりつつある。具体的には、「サービス提供体制の高度化や財源の安定化、担い手の雇用や法人格の取得も含めた組織の基盤強化が図られている」（全国社会福祉協議会 2015；28）。

¹⁷ 見守りには明確な定義はないが、財団法人ベターリビングの『公的住宅団地における見守りサービス・活動支援ガイドブック』では「高齢者の心身の状態の変化、高齢者を取り巻く生活環境の変化、事件・事故、災害などにより、コミュニティからの支援が受けられない状態になったり、怪我・疾病・要介護など、重篤な状態になること、命を落とすこと、他の居住者等の生活に支障がでること、これらを防止するためにその兆候・要因を早期に発見し、適切な対応に結び付ける。また、その活動を通じて居住者の安心を確保する」（財団法人ベターリビング 2010：8）ことが見守りの目的と果たす役割とされている。このガイドブックでは公的住宅団地における見守りの担い手を住民だけに限定しておらず、行政や専門職、地域資源との連携の重要性や活用について述べられている。

制を確保する「事業者等との協定締結型」、近隣住民と協力し支え合いの輪を広げていく「ネットワーク構築型」に分類している。さらに、見守り活動の手法については「要援護者台帳の作成およびマップ作り等を活用する型」、「機器などを活用する型」、配食サービスなどの配達時に生活状況を把握、安否の確認を行う「副次的効果型」、「総合相談窓口の設置型」などがあり、上記の多様な見守りの実施主体が様々な見守りの手法を適宜複数組み合わせ合わせて実施して効果を挙げていると述べられている。このように見守りの担い手と手法は居住形態、地域の特性や資源、公的機関の支援によって多様である。

さらに、見守りの担い手や手法に関しては、東京都福祉保健局（2013：5）の「緩やかな見守り」、「担当による見守り」、「専門的な見守り」の3つ分類が参考になる。「緩やかな見守り」とは、地域住民や民間事業者などが日々の生活や業務において異変に気づいたときに専門機関へ相談するなど、地域でさりげなく行う見守りである。「担当による見守り」とは、小林良二（2013）による「特定の見守り」、「個人的な見守り」とも類似しているが、民生委員児童委員、住民ボランティア等が担当と役割を決めて定期的に安否確認や声掛けなどを行う見守りである。「専門的な見守り」とは、地域包括支援センター等の専門機関による定期的な見守りで、支援拒否、家族による虐待、認知症など、住民では対応できない困難な課題を抱えている高齢者等に対する見守りである。

加えて、社会的孤立を防ぐとともに、社会参加活動として、期待され、全国的に推進されてきたものとして、サロン活動がある。サロンは「少人数（5～10人程度）の参加者が歩いていける場所で、住民と参加者とが共同企画して運営していく楽しい仲間づくりの活動」（全国社会福祉協議会 2008）として、1994年に全国社会福祉協議会が提案し、社会支援サービスの一つとして位置づけている。全国における主な対象者が高齢者であるサロンの数は2012年には46,600か所になり、1997年の3,159か所から10倍以上となっている。

サロン活動は、①ひきこもり予防・介護予防につながる高齢者の交流・社会参加活動として企画されたこと、②高齢者のボランティアの場として活用されていること、③参加者の範囲が小地域に限定されており、自然にメンバー同士の安否確認やリスクの感知が行われ、見守りにつながる可能性が高いこと、④社会的交流から支え合いの関係への展開が期待されていることなどの特徴を持っている（全国社会福祉協議会 2010）。

以上の住民主体の見守り活動やサロン活動が、社会的孤立を防止し生活支援を行う活動として推進される背景として、人々の精神的孤独感を始め、生活支援ニーズは迅速かつ継続的な対応が必要であるにもかかわらず、公的な制度や福祉サービスだけで対応しきれないことがあげられる。さらに、家族介護の減少およびコミュニティの脆弱化によって、自助努力だけではインフォーマルケアの確保が難しいということも考えられる。なお、このような課題を抱えている人々の存在は同じ地域で生活している人にしか見えない場合も多く、住民同士の気づきや支え合いが有効とされることが考えられる。

とはいえ、地域住民による活動は、継続性や専門性の欠如が懸念され、緊急時の判断や対応の責任問題が生じるし、また、見守り対象者のプライバシーの問題などもある。それゆえ、「地域住民の協力を引き出せるような公的な支援の仕組みが必要」（小林 2013：167）であり、「行政や社会福祉協議会が地域の問題状況を可視化し、地域に気づきを促していく、そして、問題提起をしていく役割を担わなければならない」（長井 2012：76）。

また、サロン活動においても、「多くのサロンでは、あらかじめ参加者を限定して活動す

ることが多いこと」、「参加者が固定化しがちであり、相対的に男性の参加者が少ないこと」、「ボランティアの担い手の継続性がないこと」、「ボランティアの担い手が固定化しがちで、活動のための後継者が育ちにくいこと」、「参加者をもてなそうとするあまり、ボランティア側に義務感や負担感が強まるケースがあること」（高野ほか 2007）などの課題を有している。以上から、社会的孤立を防止し、生活支援ニーズに対応するに、地域住民によるネットワークづくり、互助活動が期待されているが、互助関係が形成され様々な活動が活性化されるためには、行政や社協のサポートが必要であることがわかる。

以上を踏まえ、本研究では、孤立死および社会的孤立を防ぐための地域住民による活動が、実際に孤立死および社会的孤立を防ぐに有効であるか、事例を基により綿密な検討が必要であると考え。また、住民主体の活動がより活性化されるために必要なサポートは何かについてもより調べる必要があると考える。

3.2 在宅ホスピスボランティア活動の現状と課題

「死に逝く人は全人的な苦痛をもっており、家で生活をする人は医療ニーズにとどまらず、介護ニーズ、家事ニーズ、生活をより豊かにするニーズなど、いろいろなニーズをもっている」（川越 2010: 10）。これらのニーズは、公的な支援や市場によるサービスでは支えきれないことも多く、家族介護の減少およびコミュニティの脆弱化によってインフォーマルケアの確保も難しい。こうした状況の中で、インフォーマルケアの担い手として、ボランティアが有力と考えられる。しかし、生活の場で最期を迎える人や家族を支えるボランティア活動は、現時点では活動団体も少なく、活動の実態が十分明らかにされていない。

現代のホスピスケアにおいては、チームアプローチが重要視され、ボランティアもケアチームの一員として想定されてきた。山崎章郎（1999: 166）は、緩和ケア病棟で活動しているボランティアについて「患者、家族は適切なケアが行われていれば、ホスピスで過ごすほとんどの時間は日常生活の繰り返しなのである。言い換えれば、患者は1日中患者でいるわけでないし、家族は1日中患者の家族ではないのである。その時、その時を大切に暮らす人々なのである。ボランティアが患者、家族が愛しむように大切にする日常生活をサポートする重要な役割を担っている」と述べている。

日本において、在宅ホスピスや在宅ホスピスボランティア活動は比較的新しい取り組みであり、その前身として緩和ケア病棟におけるボランティア活動がある。

宮本美嘉子（2010）は、緩和ケア病棟におけるホスピスボランティアの意義について、①安心、安らぎを生み出すこと、②ケアの質の向上を支援すること、③社会との橋渡し、という3点をあげ、それぞれの役割を、①“いる”こと、②生活を支えること、③家族を支えること、としている。また、田代志門（2007）は、緩和ケア病棟におけるホスピスボランティアの事例をとりあげ、「社交としてのボランティア」と名づけている。ボランティアの果たす役割を「ごく普通の日常知を携えた人間として『そこにいること』そのものにある」としている。さらに、医療組織の中に固定的な位置づけを持たないボランティアだからこそ、現場の「風通し」をよくすることができ、患者・家族にとっての新しい関係性を生み出していく役割を果たしているとしている。

一方、1990年代に入り終末期における在宅医療の推進が加速したが、在宅ホスピスボランティア活動は活発とはいえなかった。2000年代に入って在宅ホスピスボランティア養成

講座（以下、「養成講座」）が福岡県の他、各県でも始まり、在宅ホスピスボランティアの活動が目立つようになった（網野 2010；川越 2010；二ノ坂 2005）。

在宅ホスピスボランティアは、「生活者としての視点をもつボランティアの働きは、本人にとっても家族にとっても専門職とは違った意味で、よき理解者、支援者となる可能性をもっている」（川越 2010： 11）と評価されている。

さらに、養成講座のテキストには、在宅ホスピスボランティアは患者や家族を中心とした医師、看護師、ヘルパーその他の専門職とともにケアチームの一員として位置づけられている。そして、その役割として、「患者や家族の不安や孤独感、寂しさを和らげ、患者さんや家族のQOL向上を助ける」ことと、「患者に対して何かしてあげることばかりでなく、患者が最期まで自分でやりたいこと、今できることを傾聴し、実現に向けて支援する」ことがあげられ、「患者の希望の実現のためには、ボランティア同士の支えあいや家族との連携が重要である」とされている（ふくおか在宅ホスピスをすすめる会 2015： 8）。

しかしながら、川越（2010： 9）は養成講座を受講した後、「受講生が在宅ホスピスボランティアとして、どのように在宅でのホスピスボランティア活動に結びついているのかも、残念ながらまだはっきり見えてこない」と指摘している。さらに、在宅ホスピスボランティア活動が充実したものになるためには、在宅ホスピスボランティアの活動を支えるコーディネーターの育成が必要であり、「まずは医療者が、ボランティアが在宅ホスピスチームとして活動できる場を提供し、共にケアにあたることから始めなければならない」と提言している。

山崎章郎（2018）の研究においても、ボランティアによる在宅ホスピス活動の有効性は明確にあらわれていない。自身が院長であるケアタウン小平の在宅ホスピスケアチームにおけるボランティア活動について、「研修をうけたボランティアが、家族や、友人、知人代替りの役割を果たすことは可能である。ただし、個別訪問ボランティアの活躍はいまだ不十分であり、ケアタウン小平チームでも、個別訪問ボランティアは実現できていない」としている。さらに、山崎浩司（2010： 47）は、「在宅ホスピスケアの実証研究が少ない現時点では、ディテールを捨象しない記述を蓄積し、現場のアクチュアリティを印象的に伝えながら、論点を浮き彫りにしてゆくことが重要である」と述べている。

また、矢津（2005）も、生活支援ニーズについてボランティアの有意義な動きが証明されたケースがありつつ、一般に、ボランティアの導入前に患者・家族から遠慮の申し出があったことについて記している。それは、「在宅に他人を入れたくないという思いや、気持ちに余裕のない時に、最小限必要な医療者以外に人と新たな人間関係を構築するわずらわしさから生じたもので、病院などでさんざん他人との関わりに神経を使い、やっと気兼ねせずに暮らせる自宅に帰ってきた患者や家族にとっては当然の思い」（矢津 2005： 65）であると述べている。さらに、ボランティアが社会に浸透しておらず、受ける側の無償活動についての心的負担が発生することを指摘した。なお、矢津は在宅ホスピスボランティアの実効性が乏しい理由として、ボランティア全体数の少なさ、末期にお付き合いする必然性の欠如、介護保険制度開始によるヘルパー制度の導入を挙げている。

このように、在宅ホスピスボランティアは、終末期にある人やその家族の生活の質を高め、患者本人が自分らしい最期を迎えることを支える存在として期待されてきたのである。しかし、在宅ホスピスボランティアの活動において、コーディネーターの必要性や医療福

社専門職との連携の重要性が指摘されているものの、実際の在宅ホスピスボランティアの活動の現状や課題については明らかにされていないこともうかがわれ、より多くの事例を収集し検討する必要があると考える。

3.3 特別養護老人ホームにおける看取り介護と介護職員の課題

近年、医療や介護のみならず、住まいや生活支援、介護予防等の包括的なケアを地域で提供するという地域包括ケアシステムの構築が推進され、医師を終末期ケアのリーダーとし、多職種の専門職間の連携によって、質の高い終末期ケアを実現しようとしている。その多職種のなかで、介護ニーズに対応しているのが介護職員であり、今後、自宅や介護施設で最期を迎える人が増えるとともに、介護職員による終末期ケアもより多くなることが容易に想像される。

さらに、介護施設における看取りのニーズや必要性については、高齢化が進んだ1990年代にすでに指摘されていた（長寿社会開発センター 1997；広井 1997；2003）。とりわけ、特別養護老人ホームは、退所理由の7割以上が利用者の死亡であり、「終の棲家」として期待されてきた。また、7割以上の施設が「入所者や家族から施設内の看取りの希望があったときには原則的に受け入れる」としており、特養内の看取りに対して前向きな姿勢をとる施設が少なくない（池上 2010）。しかし、一方では特養の配置医師は非常勤でよく、看護職員も入所者100人あたり3人を最低数とする生活の場であるため、終末期の医療的ニーズに対応する体制ではないことが多く指摘されてきた。中には前掲の報告書の内容に対して『『みなし末期』を肯定している』という厳しい批判もあった（石井 1998）。

また、特養で看取りの遂行上の課題として、職員の看取りについての不安や負担が多く指摘されている。例えば、医療経済研究機構（2003）の調査によれば、特養での看取りの遂行上の課題として、看護職員（n=944）では「医師、医療機関との関係強化（44.9%）」が最も多く、次いで「職員の知識・技術の向上（40.4%）」、「施設の方針の明確化（37.0%）」が挙げられている。介護職員（n=1176）では「職員の知識・技術の向上（53.4%）」が最も多く、次いで「医師、医療機関との関係強化（37.3%）」が挙げられている。また施設長（n=1730）等では、「医師、医療機関との関係強化（54.7%）」が最も多く、次いで「職員の知識・技術の向上（38.1%）」、「居室等の環境整備（34.8%）」が挙げられている。

これらの課題に対応するために、2006年4月の介護保険制度改正において、看取りができる施設内基盤の整備や体制づくり等を目的として、「重度化対応加算」および「看取り介護加算」が介護報酬に加えられた。また、2015年4月に行われた介護保険報酬改正における看取り介護加算の算定要件（以下、「加算要件」とする）では、「施設基準」（全国老人福祉施設協議会 2015：7）は、以下のようになっている。なお、この改正での変更点は下線部である。

イ 常勤の看護師を1名以上配置し、当該指定介護老人福祉施設の看護職員により、又は病院若しくは診療所若しくは指定訪問看護ステーションの看護職員との連携により、24時間連絡できる体制を確保していること。

ロ 看取りに関する指針を定め、入所の際に、入所者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること。

ハ 医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員その他の職種の者による協議の上、当該指定介護老人福祉施設における看取りの実績等を踏まえ、適宜、看取りに関する指針の見直しを行うこと。

ニ 看取りに関する職員研修を行っていること。

ホ 看取りを行う際に個室又は静養室の利用が可能となるよう配慮を行うこと。

以上の施設基準をみると、医療と介護の連携、本人や家族の意思の尊重、職員の資質の向上を図るための内容となっており、これまで議論されてきた課題の対応策であることがわかる。

野村総合研究所（2009）によれば、2008年の時点ですでに7割以上（n=4546）の特養がこれらの施設基準を満たしている。多くの特養で看取りができる環境づくりが進められてきたといえるが、一方で、約9割の特養で看護職員は夜間勤務に常に含まれず「オンコール体制」をとっていることが確認された。つまり、介護職員が医療処置を行わざるをえない状況があり（小山・水野 2010）、普段の業務に看取り介護が増している。看取り介護加算制度の実施によって、施設内で最期を迎えられる最低限必要な条件が整えたといえるが、介護職員にとっては不安や負担が増した可能性があることは否めない。

渡辺ら（2010）による特養の看護師長を対象とした質問紙調査（n=968）では、看取りにおいて困難なこととして最も回答が多かった項目は「職員の心理的負担が大きい（53.3%）」ことであった。また、大村（2009）は、介護保険施設である、特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護療養型医療施設の3施設それぞれについて、看取りの現況と課題をまとめている。特別養護老人ホームでは各職種の教育と家族支援、老人保健施設では看護師の調整的役割、介護療養型医療施設ではチーム医療と本人家族の意思確認が課題となっていると述べている。また、すべての施設において共通する課題は、スタッフへの教育であった。

他方、小山・水野（2010）は、特別養護老人ホームの看取りについての文献検討を通じて、①施設によって看取りの方針が異なる、②施設で亡くなりたいたい、亡くならせたいと考えている利用者や家族は少なくない、③介護職員が医療処置を行わざるをえない状況がある、④看護職は主に医療処置を行っていることを明らかにした。さらに、⑤看取りに「利用者と家族の希望」、「施設の方針」、「病状判断」、「他職種との場行共有」、「利用者の生活死の把握」、「安楽なケア」、「家族の看取りへの参加」の必要性が浮かび上がったとした。

以上を踏まえ、介護職員は施設内で行う終末期ケアをどう受け止めているか、終末期ケアを行う上で直面する困難や課題は何か、それらを乗り越えるための対応策や求めている支援策とは何かを明らかにすることは重要な課題と考える。

4 ケアの配分をめぐる議論の課題

4.1 再生産労働としてのケア

終末期ケアを誰がいかにかに担うか¹⁸について、ケアの配分をめぐる議論や研究から大いに

¹⁸ ケアの配分はケアを誰が行うか（ケア行為、ケア労働）と、ケアにかかる金銭的費用を誰が払う

示唆を得ることができる。ケアの配分をめぐる議論に、育児や介護のニーズが社会全体に高まってきた時代の変化に伴い、歴史的にケアを家族、主に女性が担ってきたことに対するマルクス主義フェミニズムの家事労働論が大きな影響を与えてきた。

マルクス主義フェミニズムは、家事労働 (domestic labor/household work) の問題を、「(1) 再生産費用という、社会が存続するために不可欠な労働を市場外、すなわち家族に、(2) しかも不当に支払われない (価値を認められない) 労働として、(3) ジェンダー分離のもとでもっぱら女性に性別配当したこと」であるとした (上野 2011: 96)。つまり、家事労働を、「ケアの私事化」の内部にあるジェンダー問題として告発し、再生産費用の分配問題として捉えた。さらに、上野 (1990) は、洗濯や掃除、食事の準備などの家庭内のしごとのみならず、出産や育児、介護や看取りまでのあらゆるケアの場面をあわせて再生産労働 (reproductive labor) とし、ケアを再生産労働とみなすことで、高齢者介護も再生産費用の分配問題として歴史的に解くことが可能になるとした。その再生産費用の分配問題の解決には、「(1) 私事化 (privatization) (2) 社会化 socialization (国家化とも呼ぶ) (3) 市場化 marketization (商品化 commodification と呼ぶ)」の三つの選択肢があるとした¹⁹。

ただし、上野 (2011: 89) は、自身の『資本制と家事労働』(上野 1985) では、再生産労働の概念をほぼ育児に限定して使用しており、『家父長制と資本制』(上野 1990) においても、高齢者介護を再生産労働として含める際の理論的検討が十分ではなかったことを認めている。そこで、2011年の『ケアの社会学』において、高齢者介護や介助を再生産労働に含めることが妥当であるか再検討し、洗濯や掃除、食事の準備などの家庭内のしごとのみならず、出産や育児、介護や看取りまでのあらゆるケアの場面が、再生産労働に含まれるとした (上野 2011: 87-97)。

再検討した内容をみると、理論的には、人間の「生産・再生産のサイクルには、生産・流通・消費に加えて、移転・廃棄・処分の過程がある」(上野 2011: 92) が、このサイクルは、物質的な財のみならず生命にも適用できる。すなわち、衰退期の生命のサイクルを、生命の移転・廃棄・処分の過程と考えると、介護、介助、看取りなどを、出産や育児と同じく再生産労働に含めることができるとした。また、介護が再生産労働である経験的根拠に、人口高齢化に伴う介護問題の可視化という歴史的要因を挙げている。

なお、上野は再生産労働を「生誕から死亡までの人間の生命のサイクルのすべてにかかわる労働」(上野 2011: 97) と再定義した上で、育児・介護・介助のすべてを包含する上位概念として「ケア」を用いている。

4.2 再生産労働とケアの四元モデル

上野 (2011: 105-216) は、これまでに自明視されてきた家族介護が、自然でもなく、かつ望ましいわけでもないと言断する。さらに、家族でなければ、誰が高齢者介護の負担を

かと、分けて考えることが必要である。

¹⁹ 「再生産」という概念がマルクス主義の「生産・再生産」の概念を離れて、フェミニズムの文脈で「生命の再生産」活動を合意するように再定義されて流通しているようになった (上野 2011: 97)。

引き受けるかについては、福祉国家論から変容されてきた福祉多元社会論を解として提示している（上野 2011: 217-238）。

福祉多元社会論においては、福祉（ケア）の提供者（福祉サービスの供給者、ケアの提供者、ケアの担い手と同義語とみなす）が多様であり、家族や地域社会、企業、市民社会などがあげられ、国家もそのアクターの1つとみなされる。福祉多元社会論における多様なアクターを表す言葉は論者によって異なっており、上野は、国家を「官セクター」、市場を「民セクター」、市民社会を「協セクター」、家族を「私セクター」という用語法で表している（上野 2011: 235）。

官／民／協／私の四つのセクターは、相互行為としてのケアが成り立つ場に与えられた分類であり、ケアの受け手と与え手は、登場する領域によって異なる関係を取り結ぶことになる。それを表示したものが、表2である。さらに、上野（2011: 219）は、この「官／民／協／私」の用語法を採用した理由を以下のように述べている。(1)「官セクター」には中央政府と地方政府の両方が含まれるため、「国家」の用語はふさわしくない。(2)「民セクター」は「市場セクター」とも呼ばれるが、行政が「民間活力の導入」と言うときには主として市場化を指してきた経緯を踏まえて「民」を採用する。「民セクター」は私益を追求するアクターのプレイする場である。(3)「協セクター」は「市民社会」とも「協同セクター」とも呼ばれてきた。公共性の複数の担い手として、「公 public」と「共 common」とをそれぞれ「国家」と「市民社会」に配当する見方もあるが、今日の「協セクター」はかつてのコモンズ（入会地）のような共同体的な基盤を必ずしも持たないし、それが望ましいともいえない。したがって「協」を採用する。(4)「私セクター」は、家族を「私領域」と呼んできた用語法にしたがう。

表 2 ケアの四元モデル

領域	ケアの与え手	ケアの受け手	ケア関係
官セクター	(準) 公務員	対象者	措置関係
民セクター	ケア労働者	消費者	商品交換関係
協セクター	ケア労働者／ボランティア	利用者	協働関係
私セクター	家族介護者	要介護家族	世話—依存関係

(出所) 上野 2011: 235

上野は、「ケアの費用配分には、支払われない私的労働から、支払われる市場労働と非市場労働、さらに支払われない非市場労働まで、多様性があることになり、ケアの費用の分配問題には、これらすべてのケースを説明可能な枠組みが求められる」（上野 2011: 232）とし、四元モデルを採用する。さらに、四元モデルを採用する理由として、「(1) 家族セクターにおけるケアが自明の前提ではないことと、(2) これら四つのセクター間の責任と費用の分担には変動があり、政治と歴史が関与することを明示するという認識利得がある」（上野 2011: 226）としている。

なお、ケアの四元モデルにおける、ケアの責任と負担の配分について、上野（2011: 453-459）が論じていることをまとめてみると、表3の通りである。

表 3 ケアの四元モデルにおける各セクターの役割

領域	役割
官セクター (中央政府と地方政府)	所得の再配分と財・サービスの給付についての最適解の制度化、およびその運用上の管理と監督
民（市場）セクター	労働と交換を通じての資源の最適配分、ビジネスモデルの開発と競争による効率化、法令遵守と企業の社会的責任の達成
協セクター	当事者ニーズの顕在化と事業化、当事者の権利擁護、民セクターとの連携および官セクターとの協働と政策提言
私セクター	代替不可能な情緒関係の調達とケアにかかわる意思決定

(出所) 上野 (2011: 457)

官セクターは、中央政府と地方政府を指している。上野は、その成員に対して強制力のある公的権力を行使できるのは官セクターのみであるため、官セクターの最大の役割は、市場による不平等な分配を是正し緩和する再分配の方式を決定することであるとした。

次に、民（市場）セクターは、市場という場において、多様な行為者が、有限責任のもとで、自由な意思決定をすることが可能であるが、官セクターの財政による介入や法令による監視が必要であるとした。

また、協セクターは、官セクターと協働して「公益」を支える非営利民間団体の集合を指す。当事者のニーズを顕在化し、ニーズを充足するサービスを、経済的利益を目的としない事業化を図る。当事者の権利擁護を重視し、民セクターとの連携および官セクターとの協働を図りながら、当事者のニーズや権利について、政策提言を行う。

一方、私セクターは、家族を指しているが、上野は、「家族には家族しか担うことのできない責任と役割が残る」とし、それは、「生活史にさかのぼって築きあげてきた代替不可能な情緒関係とコミットメント」であるとした。さらに、「現在でも子どもに対する親権者は第一義的に出生に関与した家族であるし、終末期医療において生死にかかわる意思決定を本人がおこなえないときに代行するのも家族」であるとし、実際に法律的な介護義務が定められていなくても、高齢者の介護を多くの家族が引き受けていることを述べている。

加えて、上野は、官／民／協／私の四つの領域がそれぞれに分担と協力をしながら「最適混合 optimal mixture」となることが望ましいとして、その最適混合の構想として、以下のように述べている。

(1) 私的セクターにおける選択の自由に加えて、(2) ケアの社会化については市場化オプションをさけることがのぞましく、(3) ケア費用については国家化が、(4) ケア労働については協セクターへの分配が、福祉多元社会の「最適混合」についての現時点での最適解であることを主張したい。(上野 2011: 237)

4.3 生命再生産労働としてのケア

後藤澄江 (2012) は、前節で取り上げた上野が再生産労働の議論を始めたのとほぼ同時

期である 1980 年代前半に、高齢者介護や育児を含む家事労働の研究に着手し、1990 年代初頭に「生命再生産労働」概念を導出した。

後藤によれば (2012: 16-19) 1980 年代は、家事労働をめぐる議論の再編が求められた時期であった。その背景として、家族形態の変容と家族規模の縮小が生じるなか、高齢化率が上昇したことで高齢者介護の担い手問題が浮上し、既婚女性の職場進出の増加などによる都市の核家族における子育て問題への関心が高まった時期であった。さらに、日本政府が「日本型福祉社会論」を打ち出し、「日本の家族は高齢者介護や育児の受け皿を縮小しつつあったにもかかわらず、その家族を福祉の含み資産とみなした点、また、対人サービス分野への企業の参入に積極的であった点などが批判を集めた」(後藤 2012: 16) 時期であった。

また、個人や家族についても、家事役割分担の男女間での再編や家事労働の社会化をめぐる議論が活発となった。特に、日本は、欧米における 1970 年代初頭以降のマルクス主義労働経済学者やフェミニストによる家事労働論に影響を受けていた。しかしながら、後藤は、マルクス主義フェミニズムの家事労働概念に対して、「家族固有の集団特性、たとえば、家族内の受け手と担い手の関係性などが視野に含まれていないこともあり、家事労働をめぐって生じている問題群の全体像を把握できる枠組みとはなりえなかった」(後藤 2012: 19) と指摘している。

後藤は、家族内役割分担や家事労働をめぐる多様なアプローチを検討するなかで、「高齢者介護や育児の担い手問題は、家族内での男女による性別役割分担の不平等性を告発するだけでは、本質的な問題解決に結びつかないことに気づかされた」(後藤 2012: 19) とし、家族内および家族外で遂行される高齢者介護や育児の労働としての側面を同じ土俵で表現できる分析枠組みの必要性を指摘している。

そこで後藤は、1990 年代初頭に、「『家族という場でもともと遂行されていた高齢者介護や育児などを家族の内外部でどのように担っていくべきか』という問題意識から」(後藤 2012: 15)、高齢者介護や育児をとともに分析できる「生命再生産労働」概念を導出した。

生命再生産労働とは、「人類の永続のために新しい生命を誕生させ養育することを目的とした労働、および、子どもから高齢者まであらゆる世代の人間の生活や人生を対象として、日常活動のなかで喪失した生命エネルギーを補填し、生命を持続かつ活性化させることを目的とする労働」(後藤 2012: 19) であると定義されている。縮約すれば、「生命 (いのち) と生活 (くらし) の再生産のための労働」を意味する (後藤 2012: 19)。さらに、生命再生産労働は、「その恩恵によって生命や生活を維持できる人間個体にとって重要な労働であるばかりでなく、社会の維持にとっても重要な労働」(後藤 2012: 19) であるとされている。

生命再生産労働は、食べ物を作ったり衣服の手入れをしたりという「消費財生産」次元と、子どもや高齢者の世話をしたりという「対人サービス労働」次元との 2 つの次元に分けてみるのが可能であった。ところが、分業の進展により生産過程が細分化され、「市場における消費財生産は、生命再生産労働としての側面は消え去り、むしろ剰余価値を生み出すことを目的とした生産労働および賃労働としての側面が強まった」(後藤 2012: 21)。したがって、高齢者介護や育児といった対人サービス次元の生命再生産労働が、家事労働の中心となったため、後藤は、高齢者介護や育児を中心とした対人サービス労働次元にし

ぼって生命再生産労働を論じている。

加えて、後藤は生命再生産労働の下位概念として「家事労働」、「地域労働」、「公務労働」、「企業労働」があるとし、担い手の労働を支える理論や労働にともなう金銭的報酬・負担の有無などの視点から比較することによって、以下の表4のような分析枠組みを導出した。その中でも「地域労働」を「市民型」と「地縁型」の二つに類型化することで、ボランティア団体・NPO 法人による市民型地域労働と地縁型住民組織による地域労働双方を視野に入れるようにした。

このケア労働（生命再生産労働）の分析枠組みは、下位概念の4つの領域別の分析、領域の間の分析が可能である。さらに、生命再生産労働がどのように関連しながら変容しているのか、マクロ次元とミクロ次元の双方から、動的にその変容を把握できるものとして考案されている。

表4 ケア労働（生命再生産労働）の分析枠組み

下位概念としての領域別労働	ケア労働（生命再生産労働）				
	「家事労働」	「地域労働」		「公務労働」	「企業労働」
		「地縁型」	「市民型」		
労働の担い手	別居の場合も含む 家族成員	地縁関係にある近 所の人や町内会 会員など	ボランティア、 NPO 活動者など	公務員	会社員
担い手の労働を支える論理	家族固有の 愛情や権威、 共同体的な互酬性	共同体的な互酬性	市民的な互酬性	憲法 25 条 (生活権の保障)	個別企業の 経営理念との 利潤の追求
ケア労働の供給の場	個別家庭内	近隣や町内会などの地域コミュニティ内の施設もしくは個別家庭内			
労働の担い手が受ける金銭的報酬	無償	無償、 その代わりに 「労働のお返し」 を期待	無償もしくは有 償、有償の場合で も、企業労働に 比べて、低報酬	税金から 支払われる給料	個別企業を通じて 支払われる賃金
労働の受け手が支払う金銭的負担	無料	無料、 その代わりに 「労働のお返し」 が必要	無料もしくは有 料、有料の場合で も、企業労働に 比べて、低価格	所得制限がある場 合は無料もしくは 定額、一方、対象 を普遍化すると懊 悩負担や応益負担 に移行	個別企業が 設定する サービス利用価格
1980年代半ば以降の過去四半世紀における供給面での変容ポイント	世帯形態の変容や担い手の不在によって供給量は縮小	地縁型は老衰傾向、一方、21世紀のゼロ年代は、NPO法などにも後押しされて市民型の供給増加、地縁型再評価の動き		供給量の増加に歯止めがかかり、「公設民営」「民説民営」という方式での供給への移行	需給の両サイドから、その拡大に向けての動きが活発化

(出所) 後藤 (2012: 23)

4.4 1980年以降の生命再生産労働の変遷

後藤 (2012: 24-33) を参照し、生命再生産労働の下位概念の4つの領域（担い手）の変遷を簡略にまとめる。

「公務労働」は、公務員によって、公的施設内もしくは在宅で行われる生命再生産労働（ケア労働）のことである。「公務労働」の受け手は、所得が基準を下回る場合は無料もし

くは低額でケア労働を受けることができるとされている。日本において、「公務労働」が本格的に展開されるようになったのは、「社会福祉施設の緊急整備5カ年計画」において、対人サービス労働次元における「公務労働」の拡大が始まった1970年代初めである。

しかしながら、1973年の石油ショックを契機とした福祉見直しが議論されるようになり、1980年代に入ると、新自由主義の潮流が強まり、政府や地方自治体による財・サービス供給や保護・保障機能の縮小が進められた。それにより、「公務労働」の担い手は人事管理強化や削減、民間委託などが進められ始めた。さらに、少子高齢化の進行、バブル崩壊による財政見通しの悪化やケア関連サービスについてのニーズの多様化により、ケア供給の民営化は1990年代に入って、より加速されることになった。

2000年に入ると、新自由主義改革にもとづいて、「公務労働」の削減と「市場労働」の拡大が図られた。2000年に施行された介護保険制度では、営利法人やNPO法人なども在宅介護サービスの供給主体として、事業に参入できるようになった。

次に後藤は、「企業労働」は、民間の企業に所属している会社員による、企業の経営施設や在宅などで行われる生命再生産労働（ケア労働）のことを指すとした。「企業労働」の受け手は、個別企業が設定するサービス利用価格を支払い、担い手は、個別企業を通して支払われる賃金を得る。この「企業労働」は、1980年代から、「家事労働」の補完の需要が高まり、単身世帯の増加、家族や人々の意識や価値の変容などによって増加した。「企業労働」の進展は、これまで家事労働の担い手が被っていた負担を軽減させ、高齢者介護のサービス供給量の不足を補完する可能性を備えている一方、国家による「公務労働」の弱体化が懸念された。

さらに、後藤は「企業労働」の拡大における現実の問題として以下の2点を指摘している。まず、家族の所得によって得られる「企業労働」の質や量が異なるため、格差が生まれる可能性がある。また、「企業労働」の供給量や労働の質は、担い手である個別企業の利潤追求原理に沿って行われるため、人びとが必要とするサービスであっても、利潤が創出できなければ、切り捨てられてしまう危険性がある。

これに対して、「地域労働」は、近代以前から存在する対人サービス労働次元の生命再生産労働の一形態であり、互酬性のもとで行われる支え合いのことである。具体的には、「市民型」の「地域労働」は、ボランティアやNPO活動者によって、地域コミュニティ内の施設もしくは在宅で行われる生命再生産労働（ケア労働）である。一方、「地縁型」の「地域労働」は、地縁関係にある近所の人や町内会員などによって、地域コミュニティ内の施設もしくは在宅で行われる生命再生産労働（ケア労働）を指している。

「地域労働」は、「公務労働の存在の有無や地域コミュニティそのものの構造や機能の変貌につれて、その性格は時代とともに異なってきた」（後藤2012: 27）。「地縁型」の「地域労働」は、共同体的な互酬性という論理によって行われ、担い手も受け手も金銭的なやりとりはしないとしたが、都市化・産業化にともなって、地縁型の地域労働は次第に減少し、専門的な公務労働や企業労働が代替することとなった。一方、「市民型」の「地域労働」は、市民的な互酬性によって行われ、担い手がもらう金銭的報酬は無償の場合もあり、また有償であるとしても、「企業労働」と比べると低報酬であるとした。また、「市民型」の「地域労働」の受け手の金銭的負担も、無料の場合があり、有料であるとしても企業労働に比べ低価格であるとした。

後藤は、1980年代から1990年代にかけては、家事介護ワーカーズ・コレクティブや地域コミュニティの高齢者介護を支えるための住民参加型在宅福祉サービス団体が各地に創出されたことを例としてあげ、「地域労働」に市民活動やボランティア活動としての側面もあるとした。他方、「地域労働」に対する評価に対して、仁平典宏（2005）の新自由主義的な社会編成と共振するという観点からの批判を取り上げ、「地域労働」に対する上からの政策的な意図に注意し、慎重に評価する姿勢が求められるとした。加えて、1998年に導入されたNPO法（特定非営利活動促進法）によって、「地域労働」を遂行する組織、団体のNPO法人化が促進され、「保健・医療又は福祉の増進を図る活動分野」のNPO法人も多くなってきた。さらに、2000年度に施行された介護保険制度によって、NPO法人は居宅介護サービスおよび居宅介護支援事業への参入が可能となった。また、2000代からは「新しい公共」の理念が台頭し、「地域労働」は「公務労働」と主体的に協働することが求められつつある。なお、後藤は、今日の「地域労働」が「コミュニティ・ビジネス」のしくみを活用しつつ、雇用の場や新しい成長産業を創出する一方、「公務労働」の代替として高齢者介護の福祉ニーズを解決することが期待されていると述べている。

最後に、「家事労働」は、家事労働（domestic labor/household work）と同名であるが、意味は異なる。つまり、別居の場合も含む家族成員による、個別家庭内で行われる生命生産労働（ケア労働）を指すとした。家族固有の愛情や権威、共同体的な互酬性という論理によって支えられ、担い手も金銭的な報酬を受け取らないし、受け手も金銭的な負担はないとした。近代化・産業化の進展とともに、家族外で生産される食料品や衣料品などを購入し、消費することが多くなってきており、特に、1980年代半ば以降、世帯形態の変容や担い手の不在によって、「家事労働」の供給量は縮小してきたと指摘されている。さらに、のちに、高齢者介護や育児といった対人サービス労働次元の生命再生産労働においても、家族以外に担い手によって家族の内外で供給される生命再生産労働との連関が強くなってきた。

4.5 本研究におけるケアの費用配分論の応用可能性

以下、ケアの費用配分をめぐる議論や分析枠組みを踏まえながら、本研究で終末期ケアを分析する際の応用可能性を検討する。

まず、上野や後藤は、ともに1980年前後からの家事労働論から出発し、育児や介護などのケアを家族内外でどのように担うべきかを検討してきた点で、類似している。特に、ケア費用の担い手を4つに分類し、家族ケアを相対化しようとする試みも共通している。4つのケアの担い手を表す際に、上野は「官／民／協／私」、後藤は「公務労働／企業労働／地域労働／家事労働」を異なる用語を採用しているが、双方とも福祉社会におけるケア供給主体の多元化を踏まえて導出した領域であり、その考え方や内容は類似している。さらに、上野や後藤が、ケアの費用をケア行為（ケア労働）の費用とケアの貨幣費用を分けて検討しているながらも、主にケア行為の費用に焦点をあてていることも共通している。

つまり、終末期ケアは、再生産労働とも、生命再生産労働ともとらえることができ、双方の枠組みを用いて、終末期ケアを誰がどのように担っているか分析することができる。特に、2人のケア論や分析枠組みは、終末期ケアにおける担い手別の役割を比較する場合や、担い手間での関係性を検討したりする際に活用できると考えられる。とは

いえ、以下の点には注意が必要である。

まず、実際のケアの場面が、「ケアの四元モデル」や「生命再生産労働の4領域」の枠組みでは類型化しきれないほど、複雑である点である。たとえば、一人暮らしの高齢者に訪問見守りサービスを提供する場面を想定してみよう。担当公務員は有償ボランティアを募集し、訪問見守りサービスを担ってもらっている。この場合、訪問見守りサービスは、「公務労働」(官セクター)とも、「地域労働」(協セクター)ともみなすことができる。さらに、ケアの与え手である有償ボランティアは、ケア労働者とも、ボランティアともとらえられる。すなわち、ケアの担い手やケアの受け手、ケアの場面が多様化するなか、4つの領域(4つの労働)に明確に分類できず、領域をまたがるケアの場面が存在することである。

このようなケアする関係やケアの担い手の類型化がしづらい状況は、介護保険制度下でより鮮明になる。例えば、訪問介護サービスを提供する場合に、介護職員が所属する組織の運営主体が行政または外郭団体の場合には公務労働(官セクター)で、株式会社の場合には企業労働(民セクター)、NPOなどの場合には地域労働(協セクター)なのであろうか。組織の運営方針などによって所属する職員に影響するものの、ケアの受け手からみると、同じ訪問介護サービスであることに違いはない。このように、今日の多様なケアの場面は、上野や後藤の分類や分析枠組みに収まり切れないことが多々あると考えられる。

さらに、本研究は、多様な担い手と終末期にある人や家族との関係性、担い手別の特徴や役割、担い手間での協働関係を詳細に描くことを目指すため、「ケアの四元モデル」や「生命再生産労働の分析枠組み」を本研究では活用しない。特に、終末期ケアのケア内容や役割、ケア関係は、ケアする側とケアされる側の相互関係や、ケアにかかわる複数のアクター、関連政策などによって、変化し得ると考える。本研究の対象である地域住民、ボランティアによる活動は地域労働(協セクター)、介護職員による介護は公務労働(官セクター)または企業労働(民セクター)とみなすことができるが、上野や後藤が想定した担い手の役割やケア関係の類型や枠組みを超えたアクター間の相互作用を浮き彫りにしたい。

なお、本研究では、家族ケア批判やケア関係が内包するジェンダー問題については検討を保留しておきたい。なぜならば、今後、生活の場で最期を迎える人が多くなると、再び終末期ケアの再家族化やジェンダー問題が浮上する可能性は高いが、現時点では終末期ケア労働の多くが医療職に委ねられ、ケアにかかる金銭的な費用も医療保険制度下で社会が共に支えている部分が多くなっているため、脱家族化を論じる段階ではないと考えるためである。

5 まとめ

これまで、本研究においての終末期ケアの定義を行った上で、戦後の終末期ケアの変遷を概観した。次いで、生活の場における終末期ケアの担い手として期待されている地域住民、ボランティア、介護職員による実践の現状と課題をまとめた。以下、先行研究で残された課題を踏まえながら、本研究の研究課題を明確にする。

戦後の終末期ケアの変遷や先行研究を概観するなかで明らかになったのは、多死社会を目前にした今日の日本社会において、生活の場で最期を迎える際に生じる介護ニーズ、生活支援ニーズ、精神的・心理的苦痛、スピリチュアルな苦痛などに対応できる包括的なケ

ア体制が整備されていないということである。現状のままでは、再びケアの再家族化や質の低い終末期ケアが蔓延する危険性さえある。

それゆえ、住み慣れた場所で、生活の延長線上にある死を迎えるためには、病院死が大半であった時代には顕著でなかった、終末期の人やその家族に必要な介護や生活支援、精神・心理的ケアを、誰がいかに関与するかを検討することが重要である。

まず、社会的孤立を防止し、生活支援ニーズへの対応策として、ボランティアやNPOによる制度外サポートや、住民同士の互助活動が期待されているが、生活の場で最期を迎える人や家族を支える在宅ホスピスボランティア活動は、現時点では、活動団体も少なく、活動の実態が十分明らかにされていない。それゆえ、先進事例から地域住民やボランティアが、生活の場で最期を迎える人やその家族のために、何ができ、どんな困難に直面しているのか、手がかりを得ることも必要であろう。

特に、地域住民やボランティアによる活動は、緊急時の判断や対応の責任問題、継続性や専門性の問題、担い手の不足などの課題や限界が指摘されているため、担い手同士の協働のあり方や、いかなる行政や社協のサポートが必要であるかを確認する必要がある。

また、死の脱病院化や介護施設での看取りが増加するなか、介護職員の終末期ケアに対する負担や過重負担は見過ごすことのできない問題である。そのために、介護職員が施設内で行う看取りをどう受け止めているか、看取り介護を行う上で生じる課題は何か、課題を乗り越えるための支援策とは何かをあきらかにすることが重要な課題である。入所者や家族との関係を始め、施設内外の医療職との連携などのケアにかかわる複数のアクター間の関係性に注目することで、介護職員が置かれている状況や課題をより明確にできると考えられる。

以上から、地域住民、ボランティア、介護職員による終末期ケアを取り上げ、各々のケアの担い手によって、ケア内容や課題はどのように異なるか、複数のアクターの関係や地域の特性や関連制度からいかなる影響を受けているのか等に目をくばりつつ、ケアの実態に迫ることにしたい。

第2章 住民による見守りの仕組づくりと見守り活動

1 研究の背景と目的

厚生労働省（2013a）の国民生活基礎調査によれば、平成25年には65歳以上の者のいる世帯の中で単独世帯が23.2%、夫婦のみの世帯が26.6%となっており、高齢世帯の2世帯に1世帯が高齢の夫婦のみ世帯か単独世帯である。生活のリスクに対して脆弱な要援護者、単独世帯の増加が懸念される一方で地域の相互扶助機能の弱化が問題となり、対策として地域社会が担ってきた助け合いや支え合いに代わる様々な公的なサービスや専門職による支援策が検討されるようになった。

しかし、地域におけるすべての課題に対し公的なサービスだけでは対応できない。「引きこもりから孤立死に至る单身男性、消費者被害に遭っても自覚がない認知症の一人暮らし高齢者など、自力で問題解決に向かわず、問題解決能力が不十分で、公的な福祉サービスに関する情報があっても理解や活用が難しく、かつ、家族や友人など身近な人々の手助けが期待できない状態にある人々」（厚生労働省 2008：8）が増加してきている。このような人々の存在は同じ地域で生活している人にしか見えないであろうし、身近にいる住民の気づきや発見としての見守りが必要かつ有効である。

一方では、「地域住民では対応できる見守りと地域住民では対応が困難な見守り対象者がいる」（小林 2013：162）という指摘にもあるように、プライバシーの問題、緊急時の判断・対応の責任問題、継続性や専門性の問題、担い手の不足などで、住民による見守りや対応には課題や限界がある。それゆえ、地域住民による見守りが活性化され見守り関係が形成されるためには「地域住民の協力を引き出せるような公的な支援の仕組みが必要」（小林 2013：167）であり、「行政や社会福祉協議会が地域の問題状況を可視化し、地域に気づきを促していく、そして、問題提起をしていく役割を担わなければならない」（長井 2012：76）。

本章では、福岡市社会福祉協議会（以下、福岡市社協）の地域福祉ソーシャルワーカー・モデル事業（以下、CSWモデル事業）²⁰として取り組んだ城浜団地の見守りの仕組づくりのプロセスと担い手の意識に焦点を当てる。

具体的には住民がどのようなきっかけで見守りをしようと思ったのか、見守りの仕組づくりや公的な支援に対してどのように評価しているのかを検討する。重層的な見守りの仕組を目指す城浜団地の取り組みを担い手の立場（意識）から明らかにすることは今後の見守りの仕組づくり、担い手の確保や支援を行う際に有用な情報になるに違いない。さらにこれらの知見は、見守りに限らず地域における課題を住民自らが発見し、解決のために主体的に行動する担い手の養成の一助となるであろう。

²⁰ 福岡市社協は、福岡市からCSWモデル事業を受託し、平成23年度から25年度まで市内7校区1地区で、住民を主体とした見守りの仕組づくりの支援を行った。地域福祉ソーシャルワーカー（Community social worker）は地域福祉の取り組みを進めるための社会福祉援助を行う社会福祉協議会の職員を指す。

2 研究の方法

2.1 研究対象と調査の方法

筆者は、2014年に、公的住宅である城浜団地の担当CSWのMさん（以下、敬称省略）に依頼して10人の見守り活動者を紹介してもらった。

見守り活動者の見守りの場面や立場が多様であるため、町内のリーダー的存在として町内全体を見守っている3人、自分の棟の対象者を定期的に見守っている4人、高齢者対象のふれあいサロン（以下、「サロン」）のボランティアとして緩やかな見守りを行っている3人をそれぞれ対象者とした。

主なインタビュー内容は見守り活動者になったきっかけや見守りの仕組みづくりへの評価、見守りの内容、見守り時の負担ややりがいなどであり、インタビュー時に許可を得て録音した後、テキスト化した。

表 5 調査の概要

調査協力者	調査方法	調査実施日と時間	調査内容
城浜校区 担当CSWのM	インタビュー	2014年6月～7月 計5回 一回当たり平均1時間	モデル事業の概要とプロセス別支援説明や評価、個別支援事例、地域住民による見守り活動の有効性と限界など。
見守り活動者 10人	インタビュー	2014年7月8人、8月2人 一人当たり1回約30分	見守りの仕組みづくりや見守り活動に対する評価、負担感、課題、やりがいなど。

2.2 倫理的配慮

調査協力者に研究目的・個人情報保護・データの取り扱い・同意取り消しの権利・発表の許可などについて口頭と文書で説明し同意を得た。また、データから調査協力者が特定、判別できないように、分析に関係しない箇所については省略もしくは改変している。

3 調査の結果

3.1 「城浜団地」の概要

城浜団地は福岡市の城浜校区に所在しており、平成25年12月現在住民基本台帳によれば、人口3,681人で世帯は2,230世帯であり、大規模団地である。県営住宅が16棟、市営住宅が62棟で構成され、戸建ては10軒未満である。城浜団地は15町内に分けられており、全町内に11人の民生委員と各町内には町内会長を始め棟の世話役である組長が複数配置されている。

城浜校区の高齢化率は41.6%で、一世帯当たり人数が平均約1.65人と小規模化している。それは、城浜団地が昭和40年代に建設され、当時の入居者が高齢になったことや入居後に離別、死別、子どもの独立によることと考えられる。

さらに、広さ 40 m²以下の部屋も多く他の市営住宅より単身の高齢者の転入が多い。建物は老朽化し、平成 15 年度から 21 年まで一部の棟では全面的改善事業が実施されており、2014 年 2 月から本格的な建替えが行われている。家賃は他の民間アパートに比べて安い上に、収入によって減免制度があり、生活保護対象者や収入が少ない高齢者は数千円の家賃で暮らす人もいる⁴⁾。

そして、団地全体が平地にあり、福岡市の中心部にあたる天神や博多に 20～30 分程（バス利用時）で行くことができ、移動や外出、買い物などには便利である。

このように地理的には便利な場所にある城浜団地であったが、2007 年頃から毎年孤立死が発生していて、転入者や一人暮らしの高齢者の孤立した生活が地域でお課題として認識されるようになった。

一方で、福岡市社協は、市から CSW モデル事業を受託し、平成 23 年度から 25 年度まで市内 7 校区 1 地区で、住民を主体とした見守りの仕組みづくりの支援を行った（福岡市社会福祉協議会 2014）。城浜団地は、この CSW モデル事業の対象地と選定され、担当の地域福祉ソーシャルワーカー（Community social worker）が、城浜団地に定期的に訪問し、住民（地域）のニーズの把握、地域課題についての、住民と地域機関との情報共有、話し合いの場づくり、住民主体の見守りの仕組みづくりなどを支援した。

3.2 調査協力者の属性

調査協力者の詳細は、表 6 の通りである。

表 6 調査協力者の詳細

区分	性別	年齢	居住歴	現仕事・(経歴)	世帯構成	役職	見守り活動の内容	
担当 CSW	M	女	40 代	—	福岡市社協職員	—	—	
見守り活動者	A	女	60 代	37 年	パート	夫婦	町内会長	町内全体の見守り サロンボランティア
	B	女	60 代	41 年	パート	一人暮らし	町内会長	町内全体の見守り
	C	男	60 代	13 年	無職 (10 年前退職)	一人暮らし	町内会長	町内全体の見守り、 助け合いボランティア
	D	女	60 代	37 年	無職 (5 年前退職)	夫婦	役員	棟の見守り、 サロンボランティア
	E	男	70 代	40 年以上	無職	夫婦、娘	サロン 会長	助け合いボランティア サロンボランティア
	F	女	60 代	43 年	無職 (1 年前退職)	夫婦	役員、サ ロン副会 長	棟の見守り サロンボランティア
	G	女	60 代	40 年	無職 (5 年前退職)	夫婦、息子	—	棟の見守り サロンボランティア
	H	女	60 代	40 年以上	無職 (不明)	一人暮らし	—	サロンボランティア
	I	女	60 代	不明	無職 (6 ヶ月前 退職)	一人暮らし	—	サロンボランティア
	J	女	60 代	40 年以上	無職 (6 年前退職)	夫婦	—	サロンボランティア

見守り活動者の10人中、男性は2人であった。年齢は一人が70代、9人が60代であった。現在パートで仕事をしている人は2人で、8人は無職であった。また、ひとり暮らしは4人で、夫婦のみの世帯が3人、夫婦と子どもの世帯が2人であった。居住歴は最短が13年で、最長が40年以上であった。10人中8人が団地内で役職をもっていた。

一方、城浜団地の担当CSWのMは、40代の女性であり、福岡市社会福祉協議会で10年以上の勤務歴がある。

3.3 城浜団地の見守りの仕組みづくりプロセスと担い手の分類（分析枠組み）

城浜団地の見守りの仕組みづくりのプロセス²¹を(1)【地域活動者のネットワークづくり】の段階、(2)【地域課題の把握・共有】の段階、(3)【問題解決のための基盤づくり】の段階、(4)【地域の実情に合った見守りの実践】の段階に分けることができる（表7）。

表7 城浜団地の見守り仕組みづくりのプロセス

段階区分	時期	段階別取り組み内容	主な担い手	調査協力者
1段階 【地域活動者のネットワークづくり】の段階	2011年8月～ 2011年11月	<ul style="list-style-type: none"> －CSWが城浜団地の自治協議会の会長などにモデル事業の趣旨説明し意向確認→肯定的 －モデル事業「見守りの仕組みづくり」実行委員会の発足 －町内会長、民生委員、校区社協、老人クラブ、自治協議会、公民館などへ事業の発信や協力の呼びかけ 	CSW、自治協議会の代表数名、CSWモデル事業実行委員会	A、B、C
2段階 【地域課題の把握・共有】の段階	2011年12月～ 2012年5月	<ul style="list-style-type: none"> －見守り定例会や各種地域団体の定例会で地域のニーズの把握・共有 －住民ニーズアンケート調査の実施 －地域で解決できる課題や必要な支援の整理・共有 －目標設定や活動案の議論・決定 	CSW、定例会参加者平均約40人（主に町内会長、民生委員など地域活動者）	A、B、C D、E、F
3段階 【課題解決のための基盤づくり】の段階	2012年6月～ 2012年12月	<ul style="list-style-type: none"> －月2回団地内の集会所でCSWが相談会開催、個別生活相談や見守り活動支援 －人材育成や活動支援のための研修、他校区交流、見守りツール開発、見守り手法決定 －地域の社会資源との連携（拡大会議） 	CSW、町内会長、民生委員、役員、住民ボランティア	A、B、C D、E、F G、H、J
4段階 【地域の実情にあった見守りの実践】の段階	2012年12月～ モデル事業2014年3月終了	<ul style="list-style-type: none"> －町内役員による見守り実施 －地域関連機関（医療機関、配達業者、地域包括支援センター等）と連携 －サロンの新規立ち上げ（3カ所） －助けあいグループの発足 	CSW、町内会長、民生委員、役員、住民ボランティア	A、B、C D、E、F G、H、J I

²¹ 福岡市社会福祉協議会（2014a）や福岡市社会福祉協議会（2014b）、Mからの説明をもとに見守りの仕組みづくりの段階を整理した。

さらに、見守り活動者を「リーダー的見守り活動者」、「定期的見守り活動者」、「緩やかな見守り活動者」の3つに区分し担い手の意識の分析を進める（表7）。それは、見守り活動の内容や見守りの仕組みづくりへの参加度が異なるため一括りにするのは無理があるからである。

表 8 調査協力者の区分

調査協力者の区分		見守りの仕組みづくりの参加時期や見守り活動の内容による区分
A、 B、C	リーダー的 見守り活動者	CSWモデル事業前から町内会長（B）、副町内会長（A）、組長（C）として自主的な見守りを行ってきた。CSWモデル事業の第1段階から積極的に参加・協働。現在は3人ともに町内会長として町内（複数の棟）全体の情報を管理・見守っている。棟の見守り活動者への支援も。定期的見守り活動者でもあり、緩やかな見守り活動者とも言える。
D、E F、G	定期的 見守り活動者	棟の世話役の組長などが棟の見守りを担当。見守り対象者の個人情報管理し、マス目状のマップに見守りに必要な情報を記入、月1～2回定期的に見守る。サロンボランティア、緩やかな見守り活動者でもある。
H、 I、J	緩やかな 見守り活動者	月1回のサロンでボランティア。参加高齢者と交流をしながら見守る。参加を呼びかけたり、誘ったりしながら、高齢者のニーズを把握・対応。

以下、データを引用する際には、内容は「」で括って、発言者は（イニシャル）で表記した。中略は（中略）で示し、筆者の補足や注記は【 】で括った。

3.4 【地域活動者のネットワークづくり】の段階と地域活動者の参画

この段階はCSWのMが城浜校区に見守りの仕組みづくりへ取り組みを促す段階である。2011年8月、CSWのMは城浜校区の自治協議会（町内会長、民生委員、校区社会福祉協議会、老人クラブなどで構成された地域で活動する団体の協議会）の代表者達にモデル事業の話を持ち込んだ。彼らは城浜団地には一人暮らしの高齢者や障害者が多く、孤立死も毎年発生しており、地域活動者として不安を感じていたため、モデル事業に興味を示した。一ヶ月後、見守り実行委員会が発足され、見守りの仕組みづくりのための会議（以下、見守り定例会）が月1回ペースで開催することになった。見守り定例会には主に町内会長や民生委員、老人クラブの役員の参加が呼び掛けられた。彼らは普段から城浜団地の様々な世話役として見守ってきた人々でもあり、調査協力者のA、B、Cが該当する。

彼らは、「新しく転入してきた人や一人暮らし高齢者の孤立や孤立死が城浜団地の重要な課題（A）」と考えていた。そして、「自分が町内会長である時には町内で絶対に孤立死を出したくない（B）」という思いで、自主的に見守りを行ってきたが、「民生委員や町内会長で増える高齢者の見守りは無理（C）」であることも自覚していた。

表 9 (1) 【地域活動者のネットワークづくり】の段階における担い手の意識

参加者	(1) 【地域活動者のネットワークづくり】の段階における担い手の意識 (内容要約)
A	【活動のきっかけ】 10年以上町内の副会長、2012年死亡した前町内会長の代りに参加。 【モデル事業前の状況】 転入者や高齢者の中で孤立する人がいる。
B	【活動のきっかけ】 5年以上町内会長としてやってきたため、自然にモデル事業へ協力することに。見守りの仕組みづくりをどうつくっていくのか見当がつかなかった。 【見守りへの責任感】 自分が町内会長である時には孤立死を発生させたくないと思う。
C	【活動のきっかけ】 組長であったが、高齢になった前町内会長の誘いで現在町内会長に。退職後で時間がとれるし、いつか誰かの世話になると思い今努める。 【見守りの仕組みの必要性】 町内会長や民生委員だけでは孤立・孤立死を防ぐことができなく、見守りの仕組みが必要であると考えていた。

3.5 【地域の課題の把握・共有】の段階と見守りの担い手意識の芽生え

この段階は地域活動者のネットワークづくりをしながら、各町内で地域の課題と思っていたことを住民同士が出し合い、対策を考える段階である。

地域住民ならではの工夫やアイデアで対策を考えるが、地域住民だけでの対応には限界があることへの自覚もこの段階の重要なポイントである。地域外の誰に、どのような機関に協力を求めれば良いかを詳細に確認することを通して城浜団地の課題や潜在能力、連携が必要な社会資源について共有した。

さらに、全世帯（2012年9月現在3874世帯）に対して「団地に必要なサービス・仕組み」についてのアンケート調査を配票留置法で実施した。より多くの住民の意向を確認するためであった。調査は2012年4月に各町内の役員の協力を得て全世帯に配られ、707世帯から回答が得られた（回収率は約18.2%）。

住民が望む団地内支援の仕組みとしては、「校区内相談窓口」、「お茶会開催」、「入院時等に家族への連絡体制」などがあった。見守り定例会やこのアンケート調査を通じて地域のニーズを明確に把握できたことによって、早速サロンの立ち上げ(A)やゴミ出し支援(C)という活動につなげた町内も出たし、CSWのMは集会所で相談会を月2回開くようになった。

一方、「見守りの仕組みづくりに15の全町内が真剣になってほしかった。定例会で積極的に町内のアイデアや取り組みを発表する町内もあったが、そうではない町内もあった。

(C)」との発言からも推測できるが、見守りの仕組みづくりに対して町内や住民によっては温度差があったと思われる。

実際に、A、B、Cは積極的に見守り定例会に参加し、町内への発信にも努めたが、当時役員であったD、E、F、GはAに誘われ、見守りの仕組みづくりに参加し始めたが、この段階ではまだ消極的であったと思われる。

CSWのMと城浜団地はこの段階、すなわち地域住民自らが地域の課題を把握・共有し、対策を考える作業に、時間を十分かけて丁寧に進めた。

話し合いの結果、城浜団地は見守りの仕組みづくりの目標を「孤立を防ぐ～長期間発見されない孤立死をなくす～」とした。

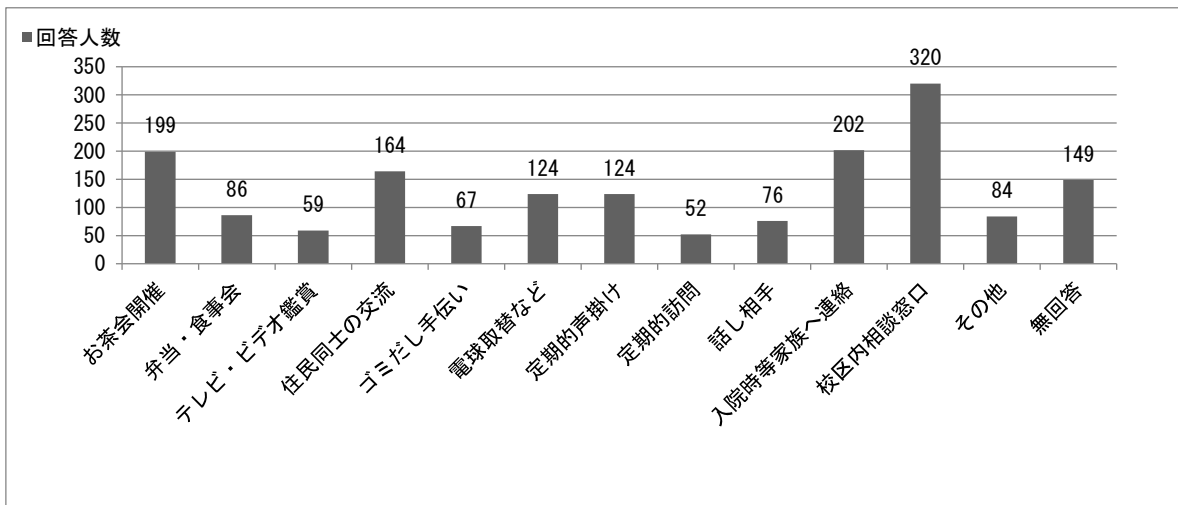


図 3 城浜団地の住民が望む団地内支援の仕組み

表 10 (2) 【地域の課題の把握・共有】の段階における担い手の意識

参加者	(2) 【地域の課題の把握・共有】の段階における担い手の意識 (内容要約)	備考
A	【住民アンケート調査】 住民アンケート調査の結果、高齢者の中ではおしゃべりがしたいという意見が多く、身近にある集会所を使って集まることを考えるようになり、サロンの立ち上げをすすめるようになった。	(2) 段階に積極的に参加
B	【定例会評価】 いろいろな情報が得られ勉強になった。	
C	【町内による取り組みの差】 全町内が見守りの仕組みづくりに真剣になってほしかった。町内や住民によって温度差があった。 【住民アンケート調査】 住民アンケート調査の結果をみて、町内だけのゴミ出しニーズアンケート調査を行った。	
D	【活動のきっかけ】 役員として、町内会長や副会長に誘われた。サロンはAからの誘いで。定年で仕事しなくなってから、活動ができた。 【定例会評価】 参加はAから誘われて1回だけであった。	(2) 段階に好意的であるが、消極的に参加
E	【活動のきっかけ】 役員として町内会長から誘われた。サロンはAからの誘いで。 【定例会評価】 何回か参加したが、グループワークや発表など難しかった。でも、孤立死防止の話は理解できたため協力できる。	
F	【活動のきっかけ】 役員であったため、自然にモデル事業へ参加。サロンはAからの誘いで。サロンのボランティア達は長年の地域の仲間達。 【定例会評価】 仕事をしていたため、夜の時間帯の参加は身体的にしんどかった。	
G	【活動のきっかけ】 役員として事業へ参加。サロンはAからの誘いで。自分も年を取ったら、世話になると思うから、今できることはしたい。 【定例会評価】 1回しか参加していない。	

3.6 【問題解決のための基盤づくり】の段階と見守りの仕組みの決定

この段階では、見守りの担い手の確保や見守り対象者の選定、見守りの手法に関する具体的な議論へ進んだ。

見守りの担い手は継続性や責任などを考えて町内役員が中心的に行うことにしたが、町内によってはボランティアを募集することもあった。定期的見守りに関しては、町内役員

が自分の棟を担当し、月1回以上定期的に見守りを行う。月1回の団地内清掃日、共益費徴集の際にさりげなく安否確認をする方が良いと考えたのは、「誰が誰を担当し定期的に見守り確認をすることに、見守る側も見守られる側も監視のように思われてやりづらいという意見があった(M)」し、誰が見守り対象者であるかが知られると、孤立している人または孤立死の可能性のある人というレッテルが貼られてしまう可能性があったためである。

緩やかな見守りは、町内によってサロンやグラウンドゴルフ会など日にちを決めた交流又は電気がついているのか、足音や扉の音が聞こえるのかなど、生活の中で確認することにした。

見守りの対象者の選定は、プライバシーの問題もありどこに対象者がいるかを知ることさえ容易ではなかった。しかし、顔見知りで同じ棟に住んでいる人であれば、ある程度の情報を得ることができるのではないかという意見がだされ、町内会長や組長、民生委員などが一軒一軒訪ねて見守られる側の協力を求めた。「情報の提供を拒否する人もいたが、説明を重ねて(C)」理解を求めた。700人以上の高齢者や障害者から同意され、情報の収集もできた。

表 11 城浜団地の見守りの仕組みと見守り活動

仕組み	ツール	担い手	方 法
定期的見守り	見守りカルテ	町内役員 民生委員	【見守りカルテによる見守り対象者の情報収集】緊急連絡先、かかりつけ病院の連絡先、病名、利用中の福祉サービスなどの情報提供紙(兼同意書)で対象者の情報収集。年1回更新。町内会長管理。
	見守りマップ		【見守りマップを用いた定期的見守り】棟ごとにマス目状のマップを作成し、見守り対象者を可視化。町内清掃日に安否確認。
緩やかな見守り	校区内、町内行事	町内役員	夏祭り、グラウンドゴルフ大会、ダーツ会など校区、町内ごとの活動や行事がある時に、優先的に声をかけて参加を呼び掛ける。生活の中で電気、足音や扉の音を確認する。
	サロン	ボランティア	月1~2回公民館、集会所を利用して、健康講座、茶話会を実施。
専門的見守り		区社協	CSWのモデル事業後は区社協の職員が月1回集会所で福祉相談会を開く。支援拒否・対応困難な人への個別支援も行う。
社会資源連携		病院、配達業者福祉機関	地域関連機関と協定を結び、互いの連絡先を交換、異変発見時又は緊急の場合に助け合う。年1回の会議を行い情報共有や交流。
その他	転入者ガイド	町内役員	転入者のための城浜団地の行事やルール、活動に対する案内書。町内会長が直接渡し、顔を覚えてもらい行事に誘うことにした。
	見守りマニュアル	—	見守る側、見守られる側の両方が知っておくべき見守りの情報(緊急時の対応、見守りへの理解や協力の呼びかけなど)。
	不在カード	町内役員(棟担当)	入院や旅行などの長期間外出時に、1階のポストにカードを入れておく。部屋で倒れているのではないかと心配を防ぐ。
	見守りカード	町内会長、町内役員	町内会長や緊急連絡先が書かれたカード。見守り対象者が財布に入れ持ち歩けるようにして、外出時の緊急の場合に有効)を活用する。

この段階に、M は見守り定例会の時間や月 2 回の福祉相談会を通して、担い手の啓発・育成・支援に努めた。福祉相談会は団地内の集会所で開かれ、見守り活動者もその他の住民も気軽に相談に来ることができた。支援を拒否する人や住民による対応が困難な人に関する相談・対応や見守り活動に関する相談にも応じた。

リーダー的見守り活動者である A、B、C はこの段階に積極的に参加したが、見守りの仕組みづくりに必要な知識や情報が得られたと振り返っている。

さらに、M は地域の病院、警察、配達業者、地域包括支援センターや介護事業所に城浜団地の見守りへの協力を求めて、住民の異常発見時に地域代表者に連絡をもらう仕組みをつくるなど、社会資源との連携に努めた。C は「地域の病院や関連施設と交流・協定を結んだことは心強かった」と言及している。

この段階では、見守りの中で異変を感じた時の判断基準や連絡体制、見守りの手法が決められたことで、見守り活動がより明確で分かりやすくなった。

そして、この段階に緩やかな見守り活動者（サロンボランティア）として誘われたのが H、J である。彼らは特に孤立・孤立死を防ぐために見守りをしようという意識をもっているとは考えにくく、町内会長や知人に誘われ、仲間と一緒にボランティアをすることにもっと興味を持っているように推測される。

表 12 (3) 【課題解決のための基盤づくり】の段階における担い手の意識

参加者	(3) 【課題解決のための基盤づくり】の段階における担い手の意識（内容要約）	備考
A	【定例会評価】 他校区の取り組みやサロンの立ち上げなど情報が得られた。 【サロンの立ち上げと CSW の支援】 町内のサロンが前会長の強い意志と CSW の支援、ボランティアのおかげですぐ立ち上がった。 【見守りツール】 見守りマップをつかうと一目でハッキリわかりやすい。	見守り定例会へ積極的に参加、
B	【CSW の支援】 対応困難事例に対しては相談、同行訪問、心強い。 【見守りツール】 不在カードと見守りマップは有効。	
C	【定例会評価】 介護保険、認知症についての講義、研修は大変勉強になった。地域の病院や関連施設と交流・協定を結んだことは心強かった。 【町内の取り組み】 町内で住民ボランティアによるゴミ出し支援を始めた。 【見守りツール】 見守りマップ、不在カード、名刺型見守りカードは有効。	CSW との関わりも深い。
D	【CSW の支援】 サロンの立ち上げ時良い導きをしてもらった。困難事例への対応もしてもらった。	見守りの手法が決まったことで見守りがやりやすい。
E	【深まる人間関係】 見守りの仕組みづくりに参加し、つながりが広がった。	
F	【町内の取り組み】 モデル事業以前から町内のチームワークが良かったため、定期的見守り活動者もサロンもボランティアがすぐみつかった。	
G	【見守りツール】 家族構成や病気などの詳細が知らない人も沢山いたが、訪ねて知るように。同じ棟の人であるため、安心して病気のことなど話してくれる。	
H	【活動きっかけ】 A の誘いで。活動も簡単、ボランティア同士の交流楽しい。	活動・交流が楽しい
J	【活動きっかけ】 卓球仲間である A からの誘い。活動も簡単であり負担なし。	

3.7 【地域の実情にあった見守りの実践】の段階と担い手の負担感

モデル事業の開始から1年以上が経過し、城浜団地の見守りの仕組みはほぼ構築され、校区全体の定期的見守りが行われるようになった。見守りマップを活用（図4）する定期的見守りについてDの話をもとに確認する。

「棟全体は25世帯だけど、真ん中のライン、5世帯は3DKで家族同居世帯が入っているから、大丈夫なの。私の担当は同じ棟の10世帯です。Fさんが10世帯担当。（中略）つながりマップを使って月一回の掃除日と共益費集めの時に安否確認をしています。

（中略）何かあったら、町内会長さん（A）に連絡しますね。外で会ったら、挨拶、声かけをします。（中略）そして、普段も外から電気がついているのか見上げるようになったね。」（D）

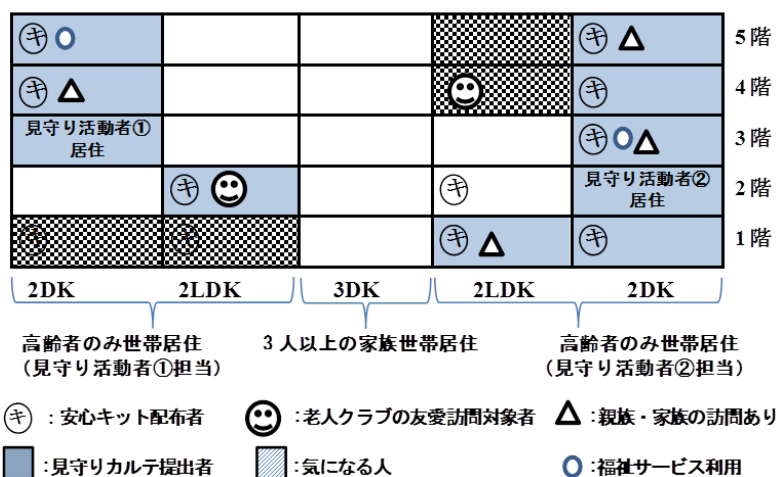


図4 城浜団地が用いたつながりマップの例²²

さらに、見守り活動者の感じる負担感ややりがいについて確認すると、まず、リーダーの見守り活動者であるA、B、Cは町内全体を見守っているなか、孤立死をはじめ緊急時の対応に負担を感じる、または公営住宅を管理している機関や警察の協力や対応に以下のように不満を感じるがあった。

「5階の人が熱中症とかで倒れていたんです。隣の家からベランダのボード破って…公社に電話しても、警察に電話しても「ちょっと待ってください」というんですよ。…ガラスを割ったら、後の修理代を誰が払うかとかで…命の方が大事じゃないですか。たまたま、そこはガラスが割れていたから、すぐ入れたけど…寝込んで動けなくなりましたよ。もう三日目だったから、もうちょっと遅かったら、大変なことになったかもしれませんね。…私は見守ることより緊急時の行政の対応がストレスですね。」（C）

²² 福岡市社会福祉協議会（2014b）を参考に筆者作成のため、実際の城浜団地のマップとは異なる部分がある。

定期的見守り活動者（D、E、F、G）は見守りをすることにあまり負担を感じていなかった。負担を感じない理由として、異変を感じたらすぐ町内会長へ報告できること、対応の手順が決まっていること、活動を通して知り合いが増え、活動者同士の交流につながることなどが挙げられている。

緩やかな見守り活動者（H、I、J）も月1回のサロンの開催のためにおやつや必要材料を買っておく、集会所の掃除や片付けをするなどをし、サロンの開催時には進行を手伝うことにほとんど負担を感じていなかった。「事前準備に少し負担を感じる」（I）という意見もあったが、見守り活動者同士、又はサロン参加者との交流を楽しんでいた。

「サロンのボランティア活動は楽しいです。負担は感じません。かえって気分転換になります。以前は〔活動者同士〕顔を知る位だったんです。棟が違うと知らないです。（中略）ボランティアやる前は近所に住む娘とか友達と出かけることはあったけど、城浜団地で交流する人はいなかったですね。」（H）

表 13 (4) 【地域の実情にあった見守りの実践】の段階における担い手の意識

参加者	(4) 【地域の実情にあった見守りの実践】の段階における担い手の意識（内容要約）	備考
A	<p>【見守り】 担当町内は4棟135戸。モデル事業後の方が気をつけて声掛けする。</p> <p>【見守り負担感】 町内会長であるため、会議が多い。サロン活動は負担なし。サロンはボランティアのお蔭でうまくいっている。</p> <p>【見守り対象者】 支援を拒む人はそのまま尊重。CSWに相談し介入をお願いする。サロンは参加高齢者が楽しみにしていて嬉しい。</p>	協力者が増え、負担が軽減した。
B	<p>【今後の担い手の確保】 自分が町内会長を5～6年やれるが、後継者はまだいない。</p>	
C	<p>【見守り内容】 町内全体の見守り対象者の情報や状況を把握。認知症の人は息子の同意を得て鍵を預かっている。月1回の団地清掃日や共益費を集める時に顔を定期的に見る。ゴミ出しが必要な人は出されたゴミでチェックする。関わりすぎると、互いに負担になる。何より同じ階段の人々が互いに見守ることが大事。</p> <p>【見守り活動中負担感】 緊急事態の行政・警察の対応が遅い。判断・対応が重い。</p> <p>【CSWへの信頼感】Mのように真剣に考えてくれる人がいることに感謝。</p>	今後の担い手の確保への懸念あり
D	<p>【見守り】 棟の10世帯担当。掃除と共益費集めの時に安否確認。会ったら、声かけ。</p> <p>【困難事例対応】 異変発見時は、誰より町内のことは知っている町内会長に報告。</p> <p>【見守り負担感】 あまり感じない。サロンは参加者が楽しみにしている。リーダーが案を出してくれたら、皆指示に従ってやるので大変でも難しくもない。</p>	リーダー的見守り活動者に頼りつつ協力。 活動に大きな負担を感じていない。
E	<p>【サロン活動】 ボランティア達が積極的に協力してくれるためできる。</p> <p>【助け合い活動】 サロンボランティア達の夫達が集まって、電球の取替えや家具の移動支援する助け合いグループとなった。</p>	

F	<p>【見守り活動】棟の10世帯担当。マップを利用し月1回以上は顔を合わせる。</p> <p>【サロン活動】サロンの副会長。ボランティア達と長い仲間であるため、病気の時とかは任せられる。負担はあまり感じない。</p>	
G	<p>【見守り活動】棟の10世帯担当。まだ元気だからと情報提供を拒む人いる。</p> <p>【サロン活動】「サロンにあの人が来るから(いけない)」という人がいる。活動に負担は感じず楽しい。参加者も楽しみにしてくれている。月1回の活動が適当。</p>	
H	<p>【サロン活動】サロンに誘う時に声をかけることができ、返事の中で状況の把握。</p> <p>【見守り負担感】負担感なし。楽しい。かえって気分転換。</p>	活動者同士、サロン参加者との交流に喜びあり。
I	<p>【活動きっかけ】Dからの誘い。仕事を辞めたばかりで、1年前に亡くなった夫の世話もあったので、町内のことはする余裕がなかった。</p> <p>【見守り負担感】サロン開催時の買い出しが面倒な時ある。孫の世話やたまに畑仕事をするため、月1回以上は負担を感じるかもしれない。</p>	
J	<p>【サロン活動】リーダーからの指示でサロン参加者を迎えに行ったり誘う。定期的見守り活動者から話を聞くので、以前より高齢者に気をつかうようになった。</p>	

3.8 小括

城浜団地の住民達はCSWに背中を押され、見守りの仕組みづくりが始まったが、様々な立場の住民達が交流してコミュニケーションできる場が設けられ、住民自らが高齢者などの孤立・孤立死の課題を共有し、対応策について話し合うプロセスを経るなかで地域の現状に見合う、又住民が主体的に取り組むようになった。

そして、CSWは見守り定例会の取りまとめや情報提供、身近な場所での相談会によって見守り活動者を組織化・育成するとともに、社会資源との連携を図ることで、城浜団地に重層的な見守りの仕組みができるよう努めた。

4 考察

リーダー的見守り活動者や定期的見守り活動者、緩やかな見守り活動者を分けて、担い手の意識から城浜団地の見守りの仕組みづくりへの検討を行いたい。

4.1 城浜団地の見守りの仕組みづくりとリーダー的見守り活動者

リーダー的見守り活動者(A、B、C)はCSWモデル事業以前から見守りの仕組みづくりの必要性を認識していて、町内会長・副会長として自主的に町内を見守ってきた。しかし、増加する要援護者やプライバシー問題などにより、見守りに限界を感じていたし、具体的な対策法がわからない状態であった。このように地域の課題に気づき、関心や意欲をもっている人々にCSW(公的な支援)は働きかけ、彼らを互いにつなげて、背中を押した。

彼らが、現在リーダー的見守り活動者として活動できるようになったのは、単に町内会長であるからではない。見守りの仕組みづくりの段階を経ていく中で①見守りをテーマとして様々な立場の地域住民が話し合える場が設けられ、②より多くの見守り活動者が組織

化されたこと、③CSW の支援が身近で得られたこと、④地域資源との連携が図られ、重層的な見守りや対応ができるようになったことがあったためである。このような見守りの仕組みづくりのプロセスによって、彼らは数人で町内全部を回る過重な心身負担からも解放され、これまで一人で町内の面倒をみるという寂しく不安な思いと重責から、町内の課題を多くの住民に理解してもらい、主体的かつ共に対応するという喜びにかわったと考えられる。

そして、CSW の M はこの地域のリーダー達が地域外の座談会や市民講座などで発表や報告をすることを積極的に進めて、リーダー達の労力にやりがいやほこりを持てるように努めたことも記しておきたい。

一方、C の発言からわかるように、見守り中、異変に気づいたとしても家族でも行政でもない一般住民が「判断や対応に迫られる」場合や「緊急時の行政の対応が迅速でない」場合に、リーダー的見守り活動者は負担やストレスを感じる事が確認された。彼らは見守り以外にも地域や町内の世話をしている、地域の生活課題を有する人々へ支援することは、過重負担を招きかねない。重要な判断や対応に迫られる際、信頼関係の中で相談できる CSW や連携の取れた病院、警察など関係機関があることはリーダーとして心強いことである。

4.2 城浜団地の見守りの仕組みづくりと定期的見守り活動者

定期的見守り活動者である D、E、F、G は、CSW モデル事業前には棟の誰にも回ってくる組長（役員）として義務的に地域活動に参加したと考えられる。しかし、見守りの仕組みづくりをとおして、彼らは棟を担当し定期的見守りを行っていて、リーダー的見守り活動者の身近な協力者であり、リーダー的見守り活動者への候補者達でもある。

彼らの見守りの仕組みづくりへの参加は、全員町内会長からの誘いであったが、「自分達も地域の人々にお世話になったから (D)」という地域へ恩返ししたい気持ちや「自分も年を取ったら、世話になると思うから (G)」という、老いていく自分への不安や相互援助への期待感も彼らの活動に対する動機として作用したと推測できる。

さらに、彼らが定期的見守り活動者になったのは、①頼ることのできる見守り活動者がいること、②地域に見合う見守りの手法が決まっていて活動がやりやすいこと、③生活圏内で見守りであることが挙げられる。

彼らは異変発見時や緊急時にすぐ報告して協力を求められるリーダー的見守り活動者の存在があるため、判断や対応、責任から逃れることができている。そして、地域共通の見守りの手法が決まっていることや地域に見合うツールを利用することで、見守ることがそれほど負担にならない。しかも、生活をしている棟の対象者を見守ることであるため、生活の中で確認できることである。

見守りの仕組みがあるからこそ、彼らは比較的容易に見守り活動者になることができ、無理なく見守ることができたといえよう。

4.3 城浜団地の見守りの仕組みづくりと緩やかな見守り活動者

サロンボランティアである H、I、J を緩やかな見守り活動者と区分して分析を進めてきたが、緩やかな見守りは日常生活の付き合いや交流の中で行われる安否確認や声掛けであ

り、サロンのような交流の場を用いない場合も多い。

中には見守りをしているという意識がない場合もあり、見守る側と見守られる側の区分が曖昧とも言える。城浜団地の緩やかな見守り活動者達がサロンボランティアをすることに負担を感じていない理由も、担い手自身が65歳以上であり、サロン参加者を見守る―見守られるという関係ではなく、住民同士の楽しい交流であると考えているためである。これは調査協力者全員にも当てはまる。

ただ、H、I、Jを始めるサロンボランティア達には、サロンボランティア同士の交流から得られる喜びが緩やかな見守り活動者として見守りを維持するもっとも大きい要因であるように思われた。

実際にサロンボランティア達(A、D、E、F、G、H、J)は30年前ほどに子供達を同じ団地内の小学校に通わせ、PTAや児童会の活動で多く顔を合わせていた。しかし、子供達がある程度成長してからは各自パートに出て、それほどお互い共通の関心事もなく、交流する時間も機会も以前よりは少なくなった。60歳過ぎてから再び集まって卓球をしたり、個人的な付き合いはあったが、見守り活動は彼らにとって有意義に仲間と交流できる良い機会であったと推測できる。

城浜団地のサロンボランティア達のように以前から地域にある様々なつながりを活用し、複雑な規則や役割を与えるより緩やかなネットワークの中で楽しくできるように支援することも、担い手の確保・育成の一つの方案であると考えられる。

5 おわりに―見守りの仕組みづくりから支え合う地域へ―

城浜団地では見守り活動の開始後も孤立死は発生したが、仕組みづくりの前とは異なり、町内会長たちは孤立死を公表するようになった。孤立死を誰かの責任にするのではなく、孤立死を防げなかったことを互いに悔しく思い、早期発見したことに安心し、見守りの仕組みや対応について再度話し合うようになった。

見守りの仕組みの構築により孤立した人々につながりや適切な対応ができるようになったことに加え、見守り活動者、地域全体にもつながりをもたらし、地域の問題について主体的に向かい合うようになったことを高く評価したい。

しかしながら、このような成果が得られた要因として既存の町内会の組織が維持されていたことや見守り活動者になった人々の多くは居住歴が長いこと活動以前からのメンバー間のつながりが深かったという城浜団地の特徴があった。このような取り組みが他の地域で同様に進められるとはかぎらない。合わせて、城浜団地もこの世代が活動できなくなったら、見守り活動の継続ができるかという不安があり、関心や協力の少ない若年層の参画をどのように促せるか、支援を拒否する対象者への対応など、課題は残っている。

城浜団地の事例から見出せる地域住民による見守りの仕組みづくりの意義としては、①孤立・孤立死を防ぐなどの地域課題の解決のみとどまらず、②それまで地域課題に関心のなかった住民の関心を引き寄せ、理解と協力を得られる啓発を行い、③住民(高齢者)が「見守られるニーズを有する当事者」としてのみではなく「地域課題に取り組む主体」として参画を促す意義がある。さらに、④地域における様々な住民層や団体が交流・協力しあうことによって地域の相互扶助の基盤づくりを進め、⑤地域においてこれまで疎外され、

孤立していた人々が地域住民として受容され、包摂される仕組みが形成されることが挙げられる。

そして、見守りづくりや見守り活動の経験は今後の他の地域の課題に対する対応時にも活かされる可能性がある。今後地域にはますます少子高齢化、単身世帯や孤立した人々、認知症や死期の迫っている人々が増加することが予想される。城浜団地は地域住民が地域の課題を調べ共有し、当事者として主体的に取り組み、地域の様々な団体や専門機関、行政と協働する一歩を踏み出したと考えられる。

本章では、見守られる側の視点で見守られることや見守りの仕組みづくりについての検討は行わなかったが、今後の課題としたい。

【参考資料】2章、3章のインタビュー調査の項目

■見守り活動者、「よかよか」サロン活動者への調査項目

1. 見守りの仕組づくり、見守り活動（または、サロンのボランティア活動）を行ったことはありますか。具体的な活動内容をお話してください。
2. 見守り活動（又はサロンのボランティア活動）を行うようになったきっかけは何ですか。
3. 見守り仕組づくりや見守り活動で良かったと思うことは何ですか。
（つながりマップ会議、拡大会議、校区の目標を決めたこと、住民アンケートを実施、福祉相談会の定期開催、ようこそ城浜への作成、見守りカルテの作成、つながりマップ作成、見守りカード作成、町内定例会での見守りに関する情報交換、研修会、サロンの立ち上げ、馬男木さんによる支援 など・・・）
4. 見守り活動（または、サロンのボランティア活動）をする中でやりがいやよかったことは何ですか。
5. 見守り活動（またはサロン活動）で負担を感じたこと、困ったことはありますか。
6. 見守り仕組づくりや活動（または、サロンのボランティア活動）によって城浜団地にどのような変化がありましたか。
 - ①3年間の見守り仕組づくりや活動（または、サロンのボランティア活動）開始前と比べて、あなたの町内・地域で変わったことは何ですか。
 - ②3年間の見守り仕組づくりや活動（または、サロンのボランティア活動）開始前と比べて、あなた自身変わったことはありますか。
7. 見守りのツールについてどう思いますか。（活動する上で有効であったのかなど）
8. 地域福祉ソーシャルワーカーの活動についてはどのように思いますか。
（役に立ったところ、もっと支援がほしいところ）
9. 見守り仕組づくりや活動（サロン活動も含めて）を通して、記憶に残るエピソードがあったら、紹介してください。
10. 居住歴、家族構成、年齢、職業、町内での役割

(以上)

第3章 高齢者サロン活動による社会的孤立防止の可能性と課題

1 研究の背景と目的

今日の日本では世帯の縮小化、家族や地域社会におけるつながり・支えあいの機能の脆弱化に伴って社会的孤立の状況下にいる高齢者が少なくない。高齢者の社会的孤立は生きがいの喪失や鬱、認知症の原因にもなることが指摘されている。さらに、ゴミ屋敷や孤立死に繋がることもあり、家族や近隣住民に罪悪感や不快感等の精神的な苦痛を与え、地域への帰属意識の低下や老後生活に対する不安をもたらすともいわれている。

しかし、社会的に孤立した高齢者は、精神的孤独感を始め、生活課題、福祉ニーズは複雑かつ深刻であるにもかかわらず、このような人々の存在は同じ地域で生活している人にしか見えない場合も多く、公的な制度や福祉サービスだけでは対応が困難という事実がある。それゆえに、近年日本では、高齢者の社会的孤立の対策として公的な福祉制度や専門職による高齢者の孤立予防・支援だけでなく、より意図的な互助・共助の関係づくりを住民自らつくりあげる取り組みを拡大させようとしている。

本章では、高齢者の社会的孤立の対策としての高齢者サロン活動を取り上げる。サロン活動は、高齢者を中心に行われる活動ではなく、障害者、児童を対象として行われることもあり、年齢や障害の有無などと関係なく参加できるサロン活動もある。

高齢者サロン活動の拡大や多様化の流れをまとめると、2000年の介護保険の施行の前後に要支援者や認知症の高齢者の介護予防の場、高齢者の社会参加の場として期待され、2000年代の半ばからは見守りの一環として活用されるようになった。さらに、サロン活動が社会的交流や社会参加活動にとどまるのではなく、支え合いの提供にまで展開することが期待されるようになり（全国社会福祉協議会 2010）、実際にサロン活動を通じて見守り支え合う関係に発展する可能性があることが示されている（高野ほか 2007；林 2011；平井・近藤 2010）。

高齢者サロン活動が持つ意義・効果は、サロン活動者（ボランティア、利用者、地域住民）に対してのものと、地域社会（地域福祉増進や地域包括ケアの推進）に対してのものに分けてまとめることができる。まず、サロン活動の参加者に対する意義・効果については、①閉じこもり予防（坂本 2008）や②心身の健康増進・維持、介護予防につながる（平井・近藤 2010）、③孤立防止や人間関係づくりに有効であること（森 2014；林 2011；中村 2009）、④高齢者のボランティア等の社会参加の場として活用できること（高野ほか 2007）などがあげられる。一方、地域社会に対しては、①福祉教育（共育）の場として用いられること（高野ほか 2007）、②介護予防サービスの供給主体として福祉サービスとして用いられること（全国社協 2010）、③地域コミュニティの拠点・交流の場として活用できること（中村 2009；森 2014；山口県社協 2006）、④生活ニーズの発見・把握の場であること（山口県社協 2006）があげられる。

サロンの課題について高野和良ほか（2007）は、「多くのサロンでは、あらかじめ参加者を限定して活動することが多いこと」、「参加者が固定化しがちであり、相対的に男性の参加者が少ないこと」、「ボランティアの担い手の継続性がないこと」、「ボランティアの担い

手が固定化しがちで、活動のための後継者が育ちにくいこと」、「参加者をもてなそうとするあまり、ボランティア側に義務感や負担感が強まるケースがあること」の5点を挙げている。

以上から、高齢者の介護予防や社会的孤立の防止策として考えられているにも関わらず、サロン活動に関する活動事例の紹介は多々見られるものの、サロン活動が参加者や地域に及ぼす変化や効果に関する実証研究の蓄積は十分とは言いがたい。そこで、福岡市城浜団地で行われた「よかよか」サロン活動の事例を取り上げ²³、サロン活動による参加者や地域の変化を時系列にそって検討しながら、サロン活動の社会的孤立防止策としての可能性と課題について考察を行う。

2 社会的孤立防止に関する取り組みとサロン活動

3 研究の方法

3.1 研究対象と調査の方法

調査は2012年9月から2014年2月にかけて、計9回、「よかよか」サロン活動に参加しながら、活動を観察し、担い手や参加者とのラポールの形成に努めた。さらに、2014年6～8月の間、公的住宅である城浜団地の担当CSWのMさん（以下、敬称省略）に紹介してもらった8人のサロンボランティアに対して半構造化面接法でインタビューを行った。主な調査内容は①サロンボランティアになったきっかけ、②サロン活動への評価、③サロン活動時の負担ややりがい、④サロン活動による参加者個人と地域の変化である。

3.2 倫理的配慮

本章における調査研究は、倫理的配慮を行っている。まず、事前に研究の目的と調査項目について校区担当のCSWの指導を得て、書面としてまとめてサロン活動の代表者に渡し、調査実施の許可を得た。調査協力者個人に対しても、聞き取り調査を開始する前に口頭で研究の目的、調査協力者のプライバシーの厳守とデータの秘密保持について説明し、調査協力の同意を得た。さらに、個人のデータの取り扱いは細心の注意を払い、録音データは分析後消去した。また、面接日時、場所については、調査協力者の意向に沿い、プライバシーが守られるよう配慮した。さらに、論文に記載する際には調査協力者が特定できないように匿名化した。

3.3 分析方法

データから逐語録を作成し精読した上で、研究目的に照らし合わせて意味が読み取れる

²³ 福岡市・区社協が取り組んでいるふれあい事業は、①ふれあいネットワーク活動（住民、ボランティアや地域団体、関係機関が連携し、要援護者への見守りや声かけ、定期訪問などを行い、支え合う活動）、②ふれあいサロン活動（孤立防止、介護予防、生きがいと健康づくりなどを目的とし、住民が定期的に集まって交流する活動）、③ふれあいランチ活動（食事の準備が困難な人に住民が週1～2回食事を配ることにより、安否確認や相談等を行い、交流を深める活動）であり、本論でのサロンは②である。

最少単位の言葉や文章をコード化した。コード化する際には語りの意味を損なわないように注意を払いながら、参与観察記録とも照らし合わせ、文脈の理解に努めた。その後、それぞれのコードの共通点や相違点によってサブカテゴリーを抽出し、それらの類似性を考えてカテゴリー化を行った。

以下、カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを[], データ(会話)の内容を“ ”で示しながら、分析結果について述べる。データの提示後の(A)、(B)などは表31の対象者と対応している。

4 調査の結果

4.1 調査協力者の属性

調査協力者のサロンボランティアの8人中、男性は1人、女性は7人であった。年齢は60代が7人、70代が1人であった。現在パートで仕事をしている人は1人で、7人は無職であった。また、ひとり暮らしは3人で、夫婦のみの世帯が4人、夫婦と子どもの世帯が1人であった。居住歴は40年以上が5人、30年から40年までが2人、不明が1人であった。5人が団地内でサロン以外の見守り活動を行っていた。

表 14 調査協力者の属性

区分	性別	年齢	居住歴	現仕事・経歴	世帯	団地内役職	活動内容
Aさん	女	60代後半	37年	パート	一人暮らし	町内会長	町内全体の見守り サロンボランティア
Bさん	男	70代前半	40年以上	無職	夫婦のみ	サロン会長	助け合いボランティア サロンボランティア
Cさん	女	60代後半	43年	無職 (1年前退職)	夫婦のみ	役員、 サロン副会長	棟の見守り サロンボランティア
Dさん	女	60代後半	37年	無職 (5年前退職)	夫婦のみ	役員	棟の見守り、 サロンボランティア
Eさん	女	60代後半	40年	無職 (5年前退職)	夫婦 息子	—	棟の見守り サロンボランティア
Fさん	女	60代後半	40年以上	無職(不明)	一人 暮らし	—	サロンボランティア
Gさん	女	60代後半	不明	無職 (6ヵ月前退職)	一人 暮らし	—	サロンボランティア
Hさん	女	60代後半	40年以上	無職 (6年前退職)	夫婦 のみ	—	サロンボランティア

4.2 「よかよか」サロンの活動の実際

「よかよか」サロンは毎月第2金曜日の午後2時から約2時間、当該町内の集会所で行なわれている。当該町内の住民数は約250人であり、サロン活動の対象である高齢者は約100人である。表32に示してある通りに、毎回の活動参加者は約30人前後で、期間中、行なわれたプログラムは体操、茶話会、健康教室、手遊び、工作、講演会への参加、バス旅行等であった。さらに、単純に楽しむプログラムだけでなく、地域の病院、保健所や地域包括支援センター等と連携し、高齢者に必要な様々な情報やサービスを提供していた。

表 15 「よかよか」サロンの活動実績

期 間	サロン 開催回数	参加者数（名）			ボランティア 会議
		利用者	ボランティア	合 計	
平成 24 年度	7 回	98	94	192 (平均 27.4 名)	27 回
平成 25 年度	13 回	202	173	375 (平均 28.8 名)	24 回

4.3 城浜団地における「よかよか」サロンの立ち上げの経緯

城浜団地は2000世帯を超える大規模の公営団地である。高齢化率は40%を超えており、2007年頃から転入者や一人暮らしの高齢者の孤立した生活が地域の課題として認識されるようになっていた。一方、福岡市の社協は、福岡市からCSWモデル事業を受託し、2011年8月から2014年3月にかけて市内7校区1地区で、住民を主体とした見守りの仕組みづくりの支援を行った。城浜団地はそのCSWモデル事業の対象として、CSWが派遣され、城浜団地に見合う見守りの仕組みづくりが進められた。「よかよか」サロン活動はこの見守りの仕組みの一環として1つの町内で行われ始めた。具体的なきっかけとしては、2012年4月にCSWが町内会長等と一緒に行った「団地に必要なサービス・仕組み」についてのアンケート調査（全世帯に対して配票留置法で調査、707票の回答）の結果で「校区内相談窓口」、「お茶会開催」、「入院時等の家族への連絡体制」などが多くあげられたこと（福岡市社協2014）である。この「お茶会開催」のニーズに応えたいと強く考えていた当時の町内会長一人が住民に呼びかけ、2012年9月に「よかよか」サロン活動が開始された。

4.4 インタビュー調査の分析結果

インタビュー調査から得られたデータを分析した結果、①サロンボランティアの活動の理由、②「よかよか」サロン活動に対する肯定的な評価、③「よかよか」サロン活動に対する負担感、④サロン活動による参加者の変化、⑤サロン活動による地域社会の変化という5つのカテゴリーが抽出された。

4.4.1 【「よかよか」サロンボランティアの活動の理由】

【「よかよか」サロンボランティアの活動の理由】とは、サロンボランティアがサロンを支えていこうとする動機のことである。【「よかよか」サロンボランティアの活動の理由】として、①[地域の先輩、リーダーへの協力・恩返しをしたい] ため、②[参加者たちがサロン活動を求めているため]、③[ボランティア活動が楽しいため]、④[自分も今後近隣住民から助けをもらおうと思うため]という意識があることが確認された。

表 16 【「よかよか」サロンボランティアの活動の理由】

カテゴリー	サブカテゴリー	データの一部
ボランティアの活動の理由	地域の先輩、リーダーへ協力・恩返しをしたい	“育児や仕事で忙しかった時に地域の人々に長くお世話になってきた。今私がお手伝いできることがあれば、したい。 “ (D) “熱心だった前の会長から誘われた。だからやろうと思った。(B) ”

参加者たちが活動を求めているため	“参加者が月1回のサロン活動を楽しみにしているから(やる)” (B)
ボランティア活動が楽しいため	“30年以上この団地で暮らして児童会や祭り等をともにしてきた仲間とサロン活動ができて、かえって楽しい” (C)
自分も今後近隣住民から助けをもらおうと思うため	“自分も歳とったら世話になると思うので、今できることはしたい。自分も動けなくなったらやってもらうことになるので、自分が動ける間はできる範囲で見守っていきたい。(E)”

4.4.2 【「よかよか」サロン活動に対する肯定的な評価】

【「よかよか」サロン活動に対する肯定的な評価】とは調査協力者が「よかよか」サロン活動について参加者またはサロンボランティアとして抱く肯定的な評価のことである。参加者またサロンボランティアとして①[Y活動の回数とプログラムのレベルが適当]で、②[ボランティアが多数で運営が円滑]であり、③[ボランティア活動自体が楽しい]と評価していた。

A、C、D、E、Hは“30年以上この団地で暮らして児童会や祭り等をともにしてきた仲間、今はサロン活動ができて、かえって楽しい(C)”という発言からも推察できるように、サロンボランティア活動は退職後の良い交流の機会として考えられている。そして、“歩いて行ける集会所でサロン活動をやるから、参加が苦にならない(D)”、“月1回で日にちが決まっているから事前にスケジュールが調整できるから参加しやすい(A)”という意見もあった。

表 17 【「よかよか」サロン活動に対する肯定的な評価】

カテゴリー	サブカテゴリー	データの一部
「よかよか」サロン活動に対する肯定的な評価	「よかよか」サロン活動の回数とプログラムのレベルが適当	“月1回のサロン、1回以上の事前準備も負担を感じない。(D)” “リーダーが案を出してくれるし、皆話し合っただけでやるので大変でも難しくもない。自分たちの棟の人が来た時には声をかけたり、こなかったら呼びに行ったりするくらいで負担を感じない。(H)”
	ボランティアが多数で運営が円滑	“(活動への負担は)あまり感じない。調子がよくない時には休むし、他のボランティアにお願いできる。(C)”
	ボランティア活動自体が楽しい	“活動への負担感はなく、かえって気分転換になる(F)”

4.4.3 【「よかよか」サロンボランティアとしての負担感】

【「よかよか」サロンボランティアとしての負担感】とは、サロンボランティアとして抱く活動に関する負担感・不満のことであり、①[地域社会の活動、家事等との両立]、②[限られている予算でのプログラムの準備]、③[サロン活動を拒否する人や非参加者への関わり]に対して負担感を感じていることが確認された。A、B、C、Dは町内の役員、棟の見守り担当者等の他の活動も行っており、サロン活動に若干負担を感じていた。

そして、「よかよか」サロンでは福岡市社協から支給される月々3000円の支援費を活動の拡張やプログラムに必要な材料、お茶の購入で使っていた。しかし、専門的プログラム

の提供のための依頼費や屋外プログラム等の費用としては不足しているため社協や地域包括支援センター等の専門機関と連携して様々なプログラムをサロンの費用負担なしで取り入れていた。サロン活動の参加を拒否する人に対しては“誘う・声をかけることが大事(A)”であるとし、普段から頻繁にサロン活動への参加を呼びかけていた。“同じ住民同士であるため話しやすい(H)”面もあるが、“プライバシーの侵害の問題や長く付き合う仲であるためかえって現況の調べが難しい(A)”面もあった。孤立のリスクを感知した際には積極的な対策案は持っていなかったが、町内会長に報告し、時にはCSWに介入や支援を求めている。

表 18 【「よかよか」サロンボランティアとしての負担感】

カテゴリー	サブカテゴリー	データの一部
「よかよか」サロンボランティアとしての負担感	地域の活動と家事等との両立	“町内会長になって大変なところは出事が多い。役員会にできるし。会長が出なきゃいけないところが結構ある。(A)” “1年前まで仕事していたため、夜疲れて集いがあっても出たくなかった。(C)” “サロン以外は畑(朝早く、夕方遅く)を少しやっていた。孫の面倒を観ている。今のところは月1回なので、これ以上であったら、負担を感じるかもしれない。(G)”
	限られている予算でのプログラムの準備	“たまに苦痛だと思った時がある。買い物する時に値段の制限もあるし、袋に分けられているのを選ばなければならぬとかどれが良いかと。(G)”
	サロン活動を拒否する人や非参加者への関わり	“皆サロンに誘うけど来ない人がいる。他の人から聞いたけど、人間関係などもあるらしく、掃除や顔みるたびにサロンへきてというが、あの人に来るからいかないということを違う人から聞いたことがある。(D)”

4.4.4 【「よかよか」サロン活動によるサロンボランティアの変化】

【「よかよか」サロン活動によるサロンボランティアの変化】とは、「よかよか」サロン活動による調査協力者の変化、とりわけサロン活動が社会的孤立に対して及ぼした影響のことである。

サロンボランティアとしてサロン活動を支えていることに①[やりがい]を感じ、②[孤立のリスクがある人への関心の拡大と見守りの実践]をするようになり、③[人間関係や交流が拡大]することが確認された。

“担い手として参加者が喜ぶことはやりがいを感じ、ボランティア活動を継続したい(F)”、“地域の役に立ちたい(D)”という地域活動への参加・持続意欲の向上につながっていた。そして、“ボランティアになって、リーダーから「誘ってきて」「迎えに行ってきて」とか言われるし、見守り活動をする人たちの会話も聞くので、以前より一人暮らしの高齢者に気をつかうようになった。(H)”という発言からわかるように、サロンボランティアたちは周りの孤立のリスクがある人々に気を配るようになっていた。

さらに、“活動をしてからいろんな人の性格がわかり、自分に無い所がある他人との付き合いで勉強になることもあるし、楽しい時もある。ボランティア仲間で、普段の生活の

中でもサポートしあう。(H) ” というように、日常生活でも交流が深まっていた。

表 19 【「よかよか」サロン活動によるサロンボランティアの変化】

カテゴリー	サブカテゴリー	データの一部
「よかよか」サロン活動による参加者の変化	やりがい	“自分に無い所がある他人との付き合いで勉強になることがある、楽しい時もある。(H) ” “参加者達が喜ぶことが嬉しい。(A・D) ”
	孤立のリスクがある人への関心の拡大と見守りの実践	“今の方が眼につく。今が気をつかう。サロンにおいてと声掛けする。(A) ” “道端で会ったら、挨拶するようになった。おはようございます。どうなんですかと。前は挨拶で終わったけど、最近は声をかけると、相手から話がかえってくる。(E) ”
	人間関係や交流が拡大	“以前は家族と団地外に住んでいる友人と連絡を取り合ってから外に出るとのことだけがほとんどだったが、サロン活動すると月 2 回は会える。和気藹々であると思う。週にメール、電話で連絡取り合っている。(F) ” “ボランティア同士の縁を繋いでもらった。知り合いが増えた。(D) ”

4.4.5 【「よかよか」サロン活動による地域社会の変化】

【「よかよか」サロン活動による地域の変化】とは「よかよか」サロン活動が実施されてからの地域の変化、とりわけサロン活動が社会的孤立に対して及ぼした影響のことである。

表 20 【「よかよか」サロン活動による地域社会の変化】

カテゴリー	サブカテゴリー	データの一部
サロン活動による地域社会の変化	住民のニーズの発見	“サロンを誘うことで、来ないこともあるが、誘う時に声をかけることができ、返事の中で状況の把握ができることがある。サロンがあるから会話ができた。(F) ”
	地域の居場所の新設	“月 1 回少ないという方もいるが、ボランティアとしては 1 回がちょうど良い。それで、毎週金曜日に集会所を開けておいているよ。誰でも来て良いし、たまに、ダーツしたり、おしゃべりしたり、食べたいもの持ってきてもかまわない。(E) ”
	支え合い活動への展開	“高齢者が多くて、家具の位置を変えるとか、電球を取り換えるなどのちょっとしたことに困っている人々がいる。それで、呼ばれたら、少し助けるだけ。でも、あまり呼ばれない。これから若い人もグループに入れてもっと活性化させようと思っている。(B) ”

すなわち、①[住民のニーズの発見]が促され、②[地域の居場所の新設]が行われ、③[支え合い活動への展開]をしたことが確認された。「よかよか」サロン活動は高齢者たちの居場所として参加者同士の交流が深まり、互いに生活の困りごと、必要なことなどを話すようになった。例えば、サロン活動を月 2 回やりたいという声が上がったが、サロンボランティアたちはサロン活動が増えることに負担感を感じていた。そのため、毎週金曜日の朝 10 時から午後 5 時まで集会所を開けて、自由に休憩でき、卓球・ダーツ・囲碁・ゲーム等で遊ぶことができる居場所を設けた。さらに、“家具の位置を変えるとか、電球を取り換えるなどのちょっとしたことに困っている人々がいる。それで、呼ばれたら、少し助ける

だけ。(B)”と発言するBやサロンボランティアの夫が中心となって支え合い活動を行うグループが発足した。

5 考察

5.1 公営の集合住宅団地という地域の特性と「よかよか」サロン活動

“サロン活動を始める前には同じ棟以外の人はほとんど知らなかった(G)”、“退職前には地域活動はあまりできなかった(F)”という発言からも推察できるように、集合住宅では何十年同じ地域に暮らしてきたことで、社会的交流が自然に深まるとは限らないため、住民同士の顔がみえる関係のきっかけとなる交流の場を設けることは重要である。しかし、近隣の住民同士の狭い領域での交流であるからこそ、“仲が悪い住民が参加しているから行きたくないという話を聞いたことがある(G)”のように近隣住民の交流が深まることが煩わしいと思っている人々もいて、サロン活動の担い手・参加者が固定化し、実際に孤立した人々の居場所とはなれない可能性がある。

サロン活動が参加した人々だけの交流の場や趣味サークルのような集いに留まらないためには、より意図的に地域に潜んでいる孤立のリスクが高い高齢者を見出すことが必要であり、地域の特性を十分に理解することや担い手の確保が課題となる。

公営の集合住宅団地は高齢化率が高く、貧困層や福祉ニーズが高い世帯や一人暮らしの高齢者が多い反面、長年居住する人が多く、地域の課題についての理解だけでなく、地域における潜在的な担い手や資源の存在について把握しているキーパーソンがいる可能性も高い。自主的な町内清掃等の必要性から、町内会が維持されている場合が多いため、既存の組織や地域に関する情報を多く持っている住民から協力を得ることができる。

「よかよか」サロンの場合もキーパーソンであった前町内会長やAが中心となって、町内の役員であり、CSWモデル事業への理解があるB、C、Dに協力を求め、以前からの子育て仲間や近隣住民であったE、F、G、H等に声をかけている。「よかよか」サロンのボランティアたちは約30年前に子供たちを同じ団地内の小学校に通わせ、PTAや児童会の活動でよく顔を合わせていたが、子育ての時期が終わり各自パート等の仕事を始めてからは、共通の関心事も減り、交流する時間も機会も以前よりは少なくなっていた。そのため、サロン活動は再び仲間と交流できる良い機会として捉えられた。城浜団地のサロンボランティアたちのように以前からの関係・つながりを用いて、社会的孤立のリスクが高い人々への包摂の必要性を周知させ、担い手としての役割を提示することも担い手の確保・育成の一つの方法であると考えられる。

なお、サロンの担い手も高齢者が多いことや報酬が払われないボランティアということを考えて、負担にならない程度のプログラムを工夫し、参加者もボランティアも楽しめるようにすることが必要であろう。

5.2 サロン活動と高齢者の社会的孤立防止策としての可能性

「よかよか」サロン活動は高齢者たちの「居場所」として社会参加を誘導し、「社会的交流の拡大」を促し、自然に「見守り」として機能するようになった。さらに、「新たなニーズ(もっと交流の場がほしい、手助けが必要等)の発見」が行われ、「さらなる居場所の開

設による社会的交流の拡大」に還元されることで、「支え合い活動」につながったことが確認された。

これらの変化は社会的交流・社会参加・社会的サポートの欠如という社会的孤立の状態に大いに影響を与えていると考えられることから、「よかよか」サロンは城浜団地の1つの町内において高齢者の社会的孤立防止策として機能していると評価できよう。この結果は、林孝之（2011：24）がサロン活動における「楽しい体験」が重なり「つながりが深化」され、「支え合いの形成」が行われたとした内容とも通じる。

以上の「よかよか」サロン活動の開始から展開までの一連のプロセスの背景として、CSWモデル事業の対象となったことを記しておく必要がある。城浜団地の住民の多くは高齢化や孤立死の発生等で老後生活に対する不安を共有しており、その対処についても必要性を感じていたが、具体的に社会的孤立防止のためのネットワークの構築について検討し始めたのは、CSWが介入してからである。2年半にわたる定例会や相談会、講演会や研修会等の実施を通じて、CSWは住民たちが自ら地域の資源に見合った孤立防止策を探ることができるように努めた。このような取り組みは住民たちのネットワークづくりや孤立死防止への関心を一層高めて、「よかよか」サロンボランティアたちの支え合い意識の高揚につながっていったと考えられる。「よかよか」サロン活動が円滑に行われ、社会的孤立防止策としての可能性について示したのは、福岡市社協という専門機関やCSWの住民組織化への支援があったためであると言えよう。

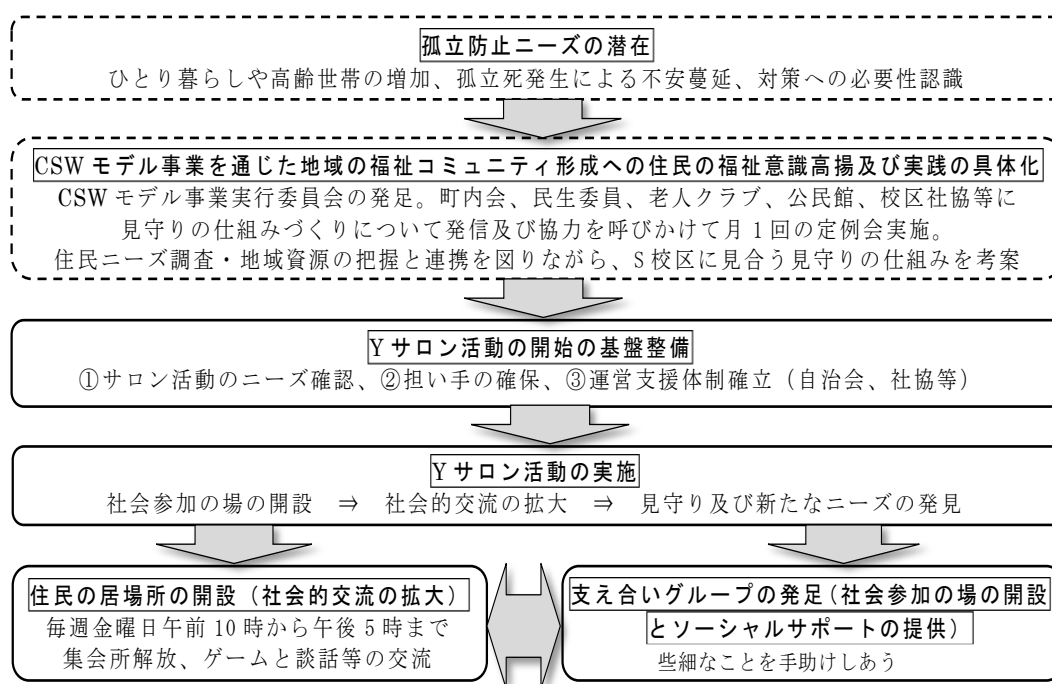


図5 「よかよか」サロン活動の実施と展開

5.3 サロン活動から社会的サポート関係への展開と課題

孤立のリスクが高い人々が有しているニーズは複雑で重層的であることが多く、疾病や心身の障害を有している場合やセルフネグレクトのような状態にある場合もある。このよ

うな場合には単発的な手助けでは対応しきれず、福祉専門家の介入やサービスが必要である。住民同士の交流の拡大では解消できない場面に直面した際に、住民以外に誰がどのように支援するかについての情報や体系が明確でなければ、互助システムは住民の心身の負担につながりかねない。

「よかよか」サロン活動をきっかけとして支え合いグループが発足したが、それは日常生活のごく一部を助け合うものであり、“些細なことを助けようとできたけど、支え合いグループにあまり頼まない(B)”と遠慮する人々も多く、どこまで支え合っているかは定かでない。さらに、「よかよか」サロン活動や金曜日の集会所での交流、支え合い活動の中で、一定以上のサポートが必要であると判断された場合には、“私たちは(何らかのニーズがあるか)詳しく調べられないから(A)”と社協の職員や地域包括支援センター、地域の病院に連絡し訪問や支援を要請していた。

このように、サロンという活動や組織だけでは、社会的サポートが十分に行われるには限界があり、サロン活動以外に重層的な見守りの仕組みや支援体制が必要である。サロン活動が社会的サポート関係へと容易につながると期待することは、かえって担い手や他の参加者の参加意欲を低下させ、プライバシー侵害や監視関係等の負の影響を及ぼす可能性がある。サロン活動は登録制や会費制度をとらないものが多く、役職の固定化が少ないため、気軽に楽しく参加できる交流活動である。このようなサロン活動の特徴を大切にしながら、さらなる機能や役目を期待することが望ましいと考えられる。

6 おわりに

「よかよか」サロン活動の事例を通して、サロン活動は高齢者たちの交流を拡大させ、互いの見守りや支え合い関係の構築に繋がる可能性が高いことが明らかになった。しかし、よりシステム化された組織活動としてのサロン活動が行われるためには、地域の特性を踏まえた担い手の確保とサロン活動の企画が重要であり、場所と運営予算の確保も前提となる。くわえて行政や社協による、困難事例への介入などの支援体制の整備や住民に対する福祉教育や情報提供も必要である。さらに、サロン活動だけでなく、重層的な見守りの仕組みや行政や社協による支援体制があることによって、サロン活動は活性化され支え合いの関係までにも発展できる。

本章の限界としては単一の事例に対する分析を行ったため、サロン活動の高齢者の孤立防止策としての可能性や課題を一般化するには至っていない。したがって、今後も引き続き、検討を重ねる必要がある。

第4章 在宅ホスピスボランティア活動の現状と課題

1 研究の背景と目的

現代のホスピスケア²⁴においては、チームアプローチが重要視され、ボランティアもケアチームの一員として想定されてきたため、日本にホスピスケアが普及された1980年代当初から、緩和ケア病棟でボランティアは活動をしていた。ただし、自宅で最期を迎える人やその家族を支える在宅ホスピスボランティア活動は2000年代から日本の各地で見られるようになった(網野 2010; 川越 2010; 二ノ坂 2005)。

在宅ホスピスボランティア活動は、2000年代に全国で開催され始めた在宅ホスピスボランティア養成講座(以下、「養成講座」)を修了したボランティアによって行われ始め、主にデイホスピスや在宅での見守りを中心に行われている(矢津 2005; 網野 2010; 山崎ほか 2015)。例えば、福岡県では2007年から養成講座を開催しており、2017年度までの修了者は500人を上回る。とはいえ、現段階での在宅ホスピスボランティア活動の実態は明らかにされていないし、実効性が認められているとは言いがたい。

こうした現状を踏まえ、本章では、養成講座の修了生を中心に2007年に発足された任意団体である在宅ホスピスボランティアの会「手と手」(以下、「手と手」)の事例研究を行う。

「手と手」の在宅訪問内容を明らかにするとともに、「手と手」のボランティアが活動する上で直面する困難や課題、やりがいとは何かを確認する。なお、分析結果を踏まえ、現時点での在宅ボランティア活動の役割、終末期ケアの担い手としての可能性や限界について考察を加える。

2 研究の方法

2.1 調査対象と調査の内容

筆者は、福岡市を中心として活動している在宅ホスピスボランティアの会「手と手」を対象とし、2015年7月から2017年3月にかけてフィールドワークを行った。

まず、2015年7月に「手と手」の会長と副会長、「手と手」をサポートしている二ノ坂クリニックのMSWであるTワーカーにインタビューを行った。さらに、2015年7月から2016年7月まで月1回以上、「手と手」が運営しているデイホスピスや月例会、在宅訪問

²⁴ 日本在宅ホスピス協会の「在宅ホスピスケアの基準」によれば、「ホスピスケアは余命が限られた不治の患者が身体的・心理的・社会的・霊的苦痛から解放され、残された日々を人間としての尊厳を保ちながら、心身ともに安楽に過ごすことができるようにするためのケアである。それは、いかなる場所においても統一した理念のもとに、継続した形で実施されることが望ましい。」とされている。さらに、在宅ホスピスケアとは、「患者の生活の場である“家”において実施されるホスピスケアのことをいう。“家”は患者や家族が最も安らげる場であり、自分たちの意思を最大限実現できる場所である。したがって、在宅ホスピスケアは、最後の日々を家で過ごしたいと願う患者や家族を援助して、その希望を叶えるためのケアである」(在宅ホスピス協会 1997)としている。

活動、二ノ坂クリニックの事例検討会や勉強会などに参加しながら、手と手の活動や、「手と手」と二ノ坂クリニックの協働の姿を観察した。

また、2016年度の1年間1回以上活動した37人に対して、活動の詳細を記録してもらい、会長Bさん、副会長Cさん、Tワーカーの記録と比較しながら確認を行い、2016年度の1年間の活動の内訳をまとめた。

加えて、2015年7月から2017年2月の間、ボランティア11人に対して半構造化面接法でインタビューを行った。調査協力者は、「1年以上の活動経験があること」、「デイホスピス、在宅訪問活動、月例会等の多様な活動経験があること」という基準で選定した。インタビューの内容は、活動の動機・きっかけ、身内の介護・看取りの経験、活動事例、活動における課題、やりがい、役割意識等についてである。

2.2 分析方法

2.2.1 質的データ分析法 (4 調査の結果 (2) 「手と手」の現状と課題の分析)

インタビュー内容は質的データ分析法(佐藤 2008)を参考し、以下のプロセスに沿って分析した。まず、録音データを逐語録として文書化し、セグメントを抽出した。抽出されたセグメント(351個)の内容を要約し、オープンコードをつけた。次に、そのオープンコードを抽象度の高い焦点的コード(27個)に替え、「事例ーコードーマトリックス」としてまとめ直した。本章では「事例ーコードーマトリックス」の提示は割愛するが、「事例ーコードーマトリックス」を軸としてセグメントやコードの関連性を繰り返し検討し、サブカテゴリー(11個)やカテゴリー(5個)を生成した。

以下、コードやカテゴリー名を表以外に表記する際には、オープンコードは[]で、焦点的コードは【 】で、サブカテゴリー〈 〉で、カテゴリーは《 》を用いた。

2.2.2 在宅訪問活動のエピソードの分析 (5 調査の結果 (3) — 在宅訪問活動の分析)

インタビュー調査で得られた在宅訪問活動の14のエピソードから、在宅訪問活動の内容、在宅訪問活動の対象者、活動期間、終末期にある人とその家族とボランティアの関係、在宅訪問活動を行う上で二ノ坂クリニックとMSWとの関係を整理した。

具体的に、「在宅訪問活動では、どんなことをしましたか」、「在宅訪問活動の中で、もっとも思い出に残るエピソードを聞かせてください」という筆者の問いかけに対する調査協力者の回答を中心に分析した。

2.3 倫理的配慮

本章は、調査協力者に研究目的、個人情報保護・データの取り扱い・同意取り消しの権利・発表の許可などについて、口頭と文書で説明し、同意を得た。また、データから調査協力者や事例の該当者が特定・判別できないように、分析に関係しない部分については省略もしくは改変している。

3 調査の結果 (1) 「手と手」の概要

3.1 「手と手」の発足の経緯

「手と手」は、福岡県の支援を受け、「ふくおか在宅ホスピスをすすめる会」の主催で開催された在宅ホスピスボランティア養成講座の1期から3期までの修了生（2007年度、2008年度、2009年度の受講者）が中心となって、2010年11月に活動を始めた。発足当時の活動は、二ノ坂クリニックのデイホスピスの運営と医師・看護師の在宅診療訪問時に同行であった。

「手と手」の発足にあたり、中心的に関わったのは2名で、現在の「手と手」の会長であるBさん、副会長であるCさんである。二人は家族との死別を経験した後、養成講座を受講し、修了後には二ノ坂クリニックで個人的にボランティア活動をしていた。自らの看取りの経験から終末期にある人・家族に寄り添いたいと思っていたが、養成講座修了者達の集いがないことを残念に思っていた。二人は、他の修了生や個別にボランティア活動をしていた人に呼びかけ、「手と手」を立ち上げた。

さらに、「手と手」発足の背景として、二ノ坂クリニックの二ノ坂医師の存在がある。二ノ坂クリニックの院長である二ノ坂医師（以下、二ノ坂医師）は、養成講座を主催したNPO「ふくおか在宅ホスピスをすすめる会」の会長である。二ノ坂医師は、二ノ坂クリニックがやっているデイホスピスを「手と手」が活動する場として提供し、発足当時から現在までAが集まる場所として二ノ坂クリニックの一室を無償で貸し出している。

さらに、二ノ坂クリニックの職員であるMSWのTワーカーは、「手と手」の活動をサポートしている。具体的には、在宅訪問の依頼の受付やアセスメントを行い、「手と手」につながる。そして「手と手」のボランティアは、活動後に活動の内容を記録し、Tワーカーに提出している。また、ボランティア活動の中で対処困難なことがある時にTワーカーに連絡すると、Tワーカーがボランティアにアドバイスをしたり、患者を受け持つ病院やケアマネジャーに連絡・報告したりしている。時には、Tワーカーが「手と手」と患者・家族間の仲裁をすることもある。つまり、Tワーカーが「手と手」のリーダーたちとともに、「手と手」のコーディネーターの役を担っている。

3.2 「手と手」の会員の構成

「手と手」の会員になる要件は、実際の活動有無に関わらず、「手と手」の活動理念に賛同し、所定の入会手続きを行うことである。1年以上の会費未納や連絡がない場合には、退会したとみなしている。世話人は、代表、副会長、会計の3名である。

2016年5月時点の登録会員数は、60人である。2010年発足時は25人、2013年には43人、2014年には53人、2015年には50人で、発足時と現在を比べて、2倍以上（240%）に増加した。会員の性別は、男性が9人（15%）、女性が51人（85%）であり、女性の比率が非常に高い。年齢は30代から80代まで幅広いが、60代が31人で66.7%を占めている。

活動開始時期は、2010年が10人（16.7%）、2011年が1人（1.7%）、2012年が6人（10%）、2013年が4人（6.7%）、2014年が7人（11.7%）、2015年が17人（28.3%）、2016年が14人（23.3%）で、ここ2年間の新入会員が約半数を占める。養成講座を受講したのは、会員の9割以上であるが、受講した者が養成講座を修了したかどうかについては、定かではない。

また、医療・福祉関連職種の経験を有しているのは26人で、4割以上を占めている。

さらに、会員のうち看取り経験を有しているのは、約4割であるが、これは主な介護者である場合に限定したため、主な介護者でない場合の家族の死別や、友人・知人の死別の経験は含まれていない。実際に介護や死別の経験をしている割合はより高いことが推測される。

3.3 「手と手」の活動

「手と手」の活動理念は、『療養されている方、その家族に寄り添い、“優しさ”と“笑顔”で、その人らしさを支えたい』という理念の元、行動する。」ことである。

「手と手」の会則の第4条（活動）には、「本会は、その目的および理念を遂行するために、次の活動を行う。1) 療養者の担当医の指示に従い見守り行動し、報告する。2) 担当者との在宅同行を経て、在宅見守りへと活動の場を移行する。3) デイホスピスで顔見知りとなり、療養者、またその家族とも信頼を築き在宅へと活動の場を移行する。4) その他、本会の目的達成に必要な活動を行う」と記されている。

現在行っている「手と手」の活動の概要は、以下の表21の通りである。

表 21 「手と手」の主な活動の概要

活動区分	活動日時	活動場所	活動内容
デイホスピス	月2回 午前10時～ 午後1時	二ノ坂クリニック 2階のホール	- 患者・家族の送迎 - 会場の掃除や整理、軽食の準備、振り返り
在宅訪問	随時	患者・家族の自宅 ・外出先	- 二ノ坂クリニックの訪問診療同行 - お話し相手、見守り、留守番、聞き書き、 外出同行等
月例会	月1回 約3時間	二ノ坂クリニック 2階のホール	- 活動報告、必要な議題に関する会員間の 意見交換
その他	—	行事によって 異なる	- 二ノ坂クリニックの遺族会のお手伝い - 養成講座開催時のお手伝い - 各種イベントや勉強会での発表・講演 - 医療・福祉施設のお手伝い

3.4 2016年度の活動会員の属性と活動内容の内訳

2016年度（2016年4月1日～2017年3月31日）にデイホスピス、在宅訪問、月例会の活動に参加した会員と活動内容を確認する。活動した会員の37人の内、32人が提出した個人活動記録や「手と手」の会長Bさん、副会長Cさん、Tワーカーの活動記録を参考に、まとめた。まず、2016年度の活動会員の属性は、会員60人の内、Tワーカーを除いた59人の会員の中で、2016年度に、1回以上デイホスピス、在宅訪問、月例会の活動を行った会員は37人であった。また、この37人の中で、在宅訪問を行ったのは、20人である。

次いで、2016年度のデイホスピス、在宅訪問、月例会に対する活動の内訳をみると、表22の通りである。在宅訪問活動の対象者は17人である。1回の在宅訪問に1人～3人が活

動していて、活動内容は、患者・家族のニーズによって異なる。17 人の内 16 人は二ノ坂クリニックの患者であった。

表 22 2016 年度「手と手」の活動の内訳 (n=32)

区分	デイホスピス			在宅訪問活動			月例会	
	開催回数 (延べ)	対象者数	活動者回 (延べ)	対象者数 (実数)	活動者数 (実数)	活動回数 (延べ)	開催 回数	参加者数 (延べ)
2016 年度	23 回	1 回 約 10 人	428 人	17 人	20 人	233 回	12 回	134 人

表 23 2016 年度 在宅訪問活動の詳細 (n=233)

活動 内容	見守り	家事	身体 介護	談話	聞き 書き	歌・演奏・ 読み聞かせ	家族 談話	外出 支援	囲碁等	お見舞い	その他
活動数	32	5	0	166	2	32	79	7	37	2	41

注) 1 回の在宅訪問の中に複数の活動内容あり

4 調査の結果 (2) 「手と手」の現状と課題の分析

4.1 調査協力者の属性

調査協力者の性別は、女性が 10 人、男性が 1 人であった。年代は 50 代が 5 人、60 代が 4 人、70 代が 1 人であった。無職者は 9 人で、有職者は 2 人であった。活動開始時期は、発足当時からの調査協力者が 4 人で、2011 年からは 4 人、2013 年以降が 3 人であった。調査協力者の全員が身内との死別又は介護の経験があった。

表 24 調査協力者の詳細

調査 対象者	性別	年代	調査日時	職歴／現職	活動 開始年	介護・看取り の経験	養成講座 修了有無
B さん	女	50	2015 年 7 月	会社員／無職	2010 年	両親を看取る	受講・修了
C さん	女	50	2015 年 7 月	介護職員／無職	2010 年	夫を看取る	受講・修了
D さん	女	60	2016 年 5 月	専業主婦／無職	2011 年	父を看取る	受講・修了
E さん	女	70	2016 年 5 月	専業主婦／無職	2011 年	夫を看取る	受講・修了
F さん	女	60	2016 年 5 月	介護職員／介護職員	2010 年	90 代の母を介護	受講・修了
G さん	女	60	2017 年 2 月	介護職員／介護職員	2010 年	父を看取る	受講・修了
H さん	男	70	2016 年 5 月	会社員／無職	2011 年	妻を看取る	受講していない
I さん	女	60	2017 年 2 月	パート／無職	2013 年	夫を看取る	受講・修了
J さん	女	50	2016 年 5 月	介護職員・ケアマネ ジャー／無職	2011 年	義父と同居・介護	受講・修了
K さん	女	50	2016 年 5 月	専業主婦／無職	2015 年	両親を看取る	受講・修了
L さん	女	50	2016 年 5 月	無職	2004 年	夫を看取る	受講・修了

4.2 インタビューデータの分析結果

4.2.1 活動の背景

《活動の背景》には、〈ボランティアの個人史との関連〉と〈活動開始のきっかけ〉があった。まず、〈ボランティアの個人史との関連〉で、もっとも多く言及されたのは、【介護・死別の経験】であった。C は夫を緩和ケア病棟で看病した際に、孤独感や不安を感じ、死別後にも、情緒的に不安定だった時期があった。その時に同じく死別の経験がある人々とかかわったことで、回復にむかっただけで、終末期にある人や家族に寄り添いたいと思うようになった。L は、夫が病院療養していた際に、夫の意思や願望が医療専門職に聞き入れてもらえず、病院のシステムの中に患者が組み込まれているような理不尽さを感じた。

一方で、在宅療養時に、夫と家族が納得できる十分な説明やケアをしてもらったため、他の人にも在宅で最期を迎えられることについて伝えたいと思い、活動を始めた。

表 25 カテゴリー① 《活動の背景》

サブカテゴリー	焦点的コード	オープンコード（一部）
〈ボランティアの個人史との関連〉	① 【介護・死別の経験】	[父が高齢になって入院したが病院生活やサービスに不満があった。在宅ケアを受けて自宅で看取った (B)] [夫を緩和ケア病棟で看病していた時に、孤独や不安を感じた (C)] [母の世話に負担を感じているが、活動は気晴らしになる (F)] [夫方の両親、自身の両親を介護し、2人を看取った。心身ともに負担になる経験で、在宅ホスピスについて知りたいと思った (K)] [夫が自宅で療養しなくなったが、本人も家族も満足したので、在宅ホスピスについて多くの人々に情報を提供したい (L)]
	② 【旧・現職業との関連】	[ヘルパーは時間や業務内容に規制があり求められてもできなかった。ボランティアはより柔軟に活動できる。(C) (F) (G)] [退職後にヘルパーの資格を取得し、デイサービスで働いた (H)] [ケアマネジャーだった。仕事に追われない、給料に縛られないボランティアとして支えたいと思った (J)]
	③ 【他のボランティア活動の経験】	[養成講座の終了後に緩和ケア病棟で活動したが、気持ちや意見を分かち合える仲間が居なかったため、Aで活動したかった (D)] [緩和ケア病棟の活動時に、在宅療養の希望者が多く在宅ホスピスに関心があった (H)]
	④ 【活動が可能な状況】	[時間的、経済的にボランティア活動ができる余裕ある状況 (B)] [子どもが成人して、子育てに手がかからない (C) (D)]
	⑤ 【自身の療養体験】	[自身の病気・回復の体験を通して死・ケアに興味をもった (D)]
〈活動開始のきっかけ〉	⑥ 【二ノ坂クリニックとの関係】	[両親を看ってくれた二ノ坂先生に恩返ししたい (B) (C) (E) (L)] [以前、N先生の活動に関わったことがあった (H)] [以前からN先生の活動を知っており興味深かった (H) (K)]
	⑦ 【養成講座の受講】	[患者の家族だったため、養成講座の案内状が家に届いた (B) (E)] [友人に勧められ養成講座を受講し、「手と手」で活動してみたかった (G)] [お寺で養成講座の広告をみて受講した (C)] [近所の公民館で養成講座の案内書を見て受講した (D)]

【旧・現職業からの影響】については、介護職員として働いた経験が言及された（C、F、J、G）。介護職員として患者や家族にかかわると、決まった時間内にこなさないといけない業務があったり、逆に頼まれても法律や所属機関の規制でやってはいけないことが多々あったりしたため、お金や規制に縛られないボランティアとして活動することを決心していた。

また、【他のボランティア活動の経験】については、Dさんは「手と手」で活動をする以前1年間病院でボランティア活動をしていた。そこは他のボランティアと協働作業がほとんどなく、個々のボランティアが個別に看護師に指示されたことをやったり、患者や保護者の話し相手をしたりしていた。何をどのようにすれば良いか分からない時も、他のボランティアと話す機会はほとんどなかった。患者に愚痴をこぼされた時、どこまでを看護職に報告すべきか分からず、悩んでしまった。ボランティア同士の連絡や申し送りは連絡ノートでやりとりしていて、Dさんはためこんだあまり、体調を崩したこともあった。活動を続けることに戸惑いを感じていた頃、「手と手」では、複数のボランティア達がデイホスピスで共に活動するという話を聞き、Aで活動することにした。

また、【自身の療養体験】から、終末期ケアについて興味をもっていたボランティアもいた。なお、パートを含めて就職を考えていないことや、子育てや介護が一段落ち着いたという【活動が可能な状況】が複数のボランティアに確認された。

一方、【二ノ坂クリニックとの関係】と【養成講座の受講】が〈活動開始のきっかけ〉となっていた。初期の養成講座では、実際に活動できる在宅ホスピスボランティアに受講してもらうため、在宅ケアを受けた経験があったり、在宅で看取りをしたりした家族に案内状を送った。二ノ坂クリニックから在宅ケアを受けた経験があり、恩返ししたいという思いから参加した人々も少なくなかった（B、C、E、L）。

さらに、【養成講座の受講】をするなかで、緩和ケア病棟で活動するボランティアグループや「手と手」が紹介され、養成講座後に自然に活動を始めるようになっていた（B、C、D、E、G）。

4.2.2 活動の実際

「手と手」では、〈生活支援ニーズへの対応〉、〈自分らしい最期の実現へのサポート〉、〈その他の活動〉をしていた。

〈生活支援ニーズへの対応〉は、【本人へのケア】と【家族へのケア】にわけて整理する。

本人に対してケアを行うことが、家族の介護負担が軽減され、家族へのケアにつながることもあるため、本人へのケアと家族へのケアは明確に区別することはできないが、本章における家族へのケアは、本人を介する間接的な支援ではなく、家族に直接に行う活動を指すことにする。

【本人へのケア】は、主に見守りをするが多かった。さらに、デイホスピスや在宅訪問活動の対象者は終末期にある人やその家族のみではなく、終末期ではない外来患者である高齢者や神経難病の人も含まれていた。調査協力者の語りで登場した患者は、全員在宅で医療保険制度や介護保険制度を利用しており、ボランティアが家事、身体介護を活動内容のメインとして行うことはなかった。例えば、医者や看護師、ヘルパー、訪問入浴業者による在宅ケアの合間で、家族の用事がある時に留守番しながら見守りや簡単な世話を

していた。

【家族へのケア】は、最初から家族へのケアをするために訪問するのではなく、患者へのケアをするなかで、家族の疲れや不安を察し、ボランティア自身の介護や死別の経験を共有しながら、家族との関係を深めていく中で行われていた。家族との付き合いは、デイホスピスや在宅訪問活動での交流だけでなく、様々な二ノ坂クリニックの行事（地域住民に向けてのバザー、勉強会、音楽会等）に誘い、ふれあうこともあった。

「手と手」では、以上のように見守りを中心とした生活支援ニーズへの対応を行っているが、それより、患者の〈自分らしい最期の実現へのサポート〉に力を入れていた。

【生活者同士の交流】については、何らかの生活支援ニーズがほとんどなくても、孤立しがちな患者や家族に対して、話し相手となったり、一緒に軽食をとったり、入院したら病院にお見舞いをしたりしていた。

表 26 カテゴリー②《活動の実際》

サブカテゴリー	焦点的コード	オープンコード（一部）
〈生活支援ニーズへの対応〉	⑧ 【本人へのケア】	[医療行為以外に本人や家族が求めることは対応できる(B)] [ヨーグルト等の食べ物を食べさせたことがある(B)] [公的な医療福祉サービスを利用する合間に見守る(C)] [ご家族の外出時の留守番、患者の見守り(D)] [トイレ介助(D)] [簡単な家事(F)]
	⑨ 【家族へのケア】	[家族の孤立感や負担感を理解し、支援する必要がある(B)] [家族の話し相手をする時もある。訪問時に別室で休んでもらう(D)] [介護に疲れた家族の気持ちを受け止め、傾聴する(J)]
〈自分らしい最期の実現へのサポート〉	⑩ 【生活者同士の交流】	[昔話や好きなこと等、何でも気軽に話し合う(C)] [会話が面白くて訪問活動が楽しみだった(E)] [気遣わず、素直に話せる(F)] [言葉が発せない人とも、ふれ合う(G)] [病気や治療の話以外に生活の話をお互いに交わす(J)] [外の風を持ってこることができる(L)] [専門職と家族の間をうめる役割ができる(G)]
	⑪ 【願望実現へのサポート】	[好きだったことや食べ物を楽しんでもらう(C)] [オカリナ演奏、他の楽器使用、歌を歌う(G、K)] [傾聴する(H)] [安らかに逝くことを応援する(H)] [手紙の代筆(J)] [本の朗読(K)]
その他の活動	⑫ 【その他の活動】	[遺族会、養成講座時の手伝い等、二ノ坂クリニックが中心となってやっている行事のお手伝いをする(C)] [二ノ坂医師の往診時に同行(B)(C)(F)(G)]

また、【願望実現へのサポート】については、患者の心身の状態や願望は極めて個別化されているため、本人と家族、コーディネーターと相談しながら、柔軟に対応していた。終末期にある人の中には、何かやりたいことがあっても、家族にはこれ以上負担をかけられないと、自身の願望をおさえたり、身体的苦痛の緩和に時間やエネルギーを使いすぎて、些細な望みは後回ししたりすることがあるという。比較的患者本人の意識が明瞭である場合には、ボランティアが患者のやりたいことをサポートすることができ、例えば、Jは、余命があまり長くない患者さんの依頼で友人や親戚への手紙数十通を代筆した。また、神

経難病で全く本人とのコミュニケーションがとれない状況にいる患者に対しても、その人の個人史を踏まえ、何をすれば少しでも楽しめるかを考え、歌を歌ったり、楽器の演奏をしたり、本の読み聞かせをしたりしていた (G、I、J、K、L)。

さらに、〈その他の活動〉は、二ノ坂クリニックの医師が往診する際の同行や、養成講座やイベント時のお手伝いをしていた。

4.2.3 活動を通じてのやりがい

《活動を通じてのやりがい》は〈患者・家族とのかかわりから得られる活動の満足感〉と、〈ボランティア自身の成長〉が確認された。

ボランティア達は、【役立てるという実感】をし、【ふれあいからの喜び】が活動の原動力となっていた。活動を喜んでくれる人々がいて、ボランティア達の訪問を楽しみと言ってくれる人々がいることは、何より重要な活動の対価として考えていた (B、C、D、F、G、I、L)。

また、活動は〈ボランティア自身の成長〉につながっていると評価していた。【在宅ホスピスに関する情報・知識の獲得】については、Hは、娘が緩和ケア病棟で療養していた6か月間、悲しんで悩むより、自身が活動を通して知った情報をもとに、安らかな最期になるようにサポートすることができたという。さらに、活動を通じて、患者や家族の生き方に感銘を受けたり、自分の最期について考えさせられたりすることが多く、【死生観の内省】につながっていた (B、E、F、J、K、L)。加えて、「手と手」の活動は、ボランティアの【社会参加の機会の獲得】となっていた。デイホスピスや在宅訪問活動、月例会等でお菓子や軽食をつくるのが生きがい (C、E) となったり、患者や家族、ボランティアの仲間、医療福祉専門職との新たな出会いや交流を楽しんだりしていた (I、J、L)。

表 27 カテゴリー③ 《活動を通じてのやりがい》

サブカテゴリー	焦点的コード	オープンコード (一部)
〈患者・家族とのかかわりから得られる活動の満足感〉	⑬ 【役立てるという実感】	[喜んでいただくことが嬉しい(B)] [患者にボランティアがきて生きがいがあったと言われた(D)] [必要とされたり行く場所があったりすることがありがたい(L)]
	⑭ 【ふれあいからの喜び】	[患者・家族とのふれ合いから得る喜びがある(G)] [患者・家族とのふれ合いで、自分自身が癒される(I)] [人との交流で自分のことを忘れる(F)]
〈ボランティア自身の成長〉	⑮ 【在宅ホスピスに関する情報・知識の獲得】	[同居している家族や自身の最期(死に方)を考える(F)(K)] [娘ががんで亡くなったが、その療養時に役に立った(H)] [子供に在宅ホスピスの良さについて教えたい(L)]
	⑯ 【死生観の内省】	[自身の死生観について考えさせられた(B)(E)(H)] [自分の老後について考える機会をもらう(J)]
	⑰ 【社会参加の機会の獲得】	[「手と手」はボランティアの活躍できる居場所、生きがいの場所(C)] [デイホスピスのために料理を作るのが自分の生きがいである(E)] [仲間から様々な情報が得られる(I)] [人のために活動しているといいながら、自分が楽しんでいる(J)] [他のボランティアの考え方も受け入れるようになった(L)] [いい出会いがいっぱいで、生活にめりはりがでた(L)]

4.2.4 活動における問題点・課題

《活動における問題点・課題》は、《組織の運営に関する問題点・課題》と《活動の遂行上の問題点・課題》があった。

《組織の運営に関する問題点・課題》は、【任意活動による活動展開の限界】、【活動の基準設定】、【周りの偏見・理解不足】が挙げられた。

【任意活動による活動展開の限界】は、養成講座を受けて「手と手」で活動をし始める人が多く、意欲的に取り組む人が多い。しかし、任意活動であるため、どの程度積極的に参加するか等についても、ボランティア個人に委ねることになる。実際に、夜間時や休日はボランティアが集まりにくく、対応が難しい状況である。活動するボランティアを募っても、引き受けてくれる人がいない場合には、活動を断るか、「手と手」のリーダーが対応することが多かった。

表 28 カテゴリー④《活動における問題点・課題》

サブカテゴリ	焦点的コード	オープンコード（一部）
《組織運営に関する問題点・課題》	⑱ 【任意活動による活動展開の限界】	[金銭的対価がないため、活動を勧誘ができないし拘束力がない (B)] [会員がより積極的に活動するためにはどうすればよいか悩む (C)] [交通の便が不便な対象者への訪問活動は難しい(D) (I) (L)] [他の活動や私生活との並行で、「手と手」の活動を増やせない (I)] [今後の「手と手」の独立した活動のためには、T ワーカーのような役割を担う人が必要だが、適任者がいるのか (G)]
	⑲ 【活動の基準設定】	[活動対象者の選定基準が難しい。会員の中でも議論が必要 (G) (L)] [会員同士で活動について注意したら辞める人もいる (B)]
	⑳ 【周りの偏見・理解不足】	[在宅ホスピスにおいて、ボランティアにはできないと言われた(B)] [病院にただで使われているのでは？言われた(B)] [在宅活動は難しいというボランティアが多い(C)] [ボランティア活動を暇つぶし？お金持ち？と言われたことある (B)] [時間と余裕がある暇な人がするんだと思われた (C)]
《活動の遂行上の問題点・課題》	㉑ 【終末期の人に寄り添うことの難しさ】	[死期が近い方への見守り時の緊張感大きい(B)] [重い疾患がある、死期が近い人への在宅活動は気をつかう(C)] [痛みの訴えにどうしようもできない(D)] [急変時にボランティアが対応できないため病院との連携が必要 (F)] [コミュニケーションがとれない患者さんのために何をするか (G)] [急な死亡で驚く(L)]
	㉒ 【患者・家族との信頼関係の構築】	[ボランティアに対する不信感や不安を理解し、意識しながら活動 (K)] [必要とされる時に応える(G)] [言葉遣いに気をつけている(I)] [守秘義務を守ることが大事 (I)] [ボランティアと本人・家族とのトラブルへの対応についてより適切な話し合いが必要である(L)]
	㉓ 【その他の問題点・課題】	[体調が思わしくない時の活動 (B)] [異性への身体ケア(D)]

【活動の基準設定】については、「手と手」は『療養されている方、その家族に寄り添い、“優しさ”と“笑顔”で、その人らしさを支えたい』という理念の元、行動する」という活動理念があるが、活動対象者の選定、活動内容の詳細については、ボランティア間に意見の相違がみられた。例えば、活動対象者を終末期にある人とその家族と限定するのか、しないのか、活動内容の範囲はどうするのか、活動対象者と活動以外でどのようにお付き合いすれば良いか等についてである。さらに、稀ではあるが、かかりつけ医がいない人を依頼される際には受け入れに悩むことがあるという。それは、活動内容の調整、活動中の急変への対応が難しいためである。とはいえ、活動対象者や活動内容の範囲をあまりに明確にしておく、サポートが必要な人や家族がサポートを受けられないことが生じる可能性もあるため、あえて依頼が来たら、その都度、どうするかを検討しているが、ボランティア同士で意見が一致しない場合があった。

〈活動の遂行上の問題点・課題〉は、【終末期にある人に寄り添うことの難しさ】、【患者・家族との信頼関係の構築】、【その他】であった。

【終末期にある人に寄り添うことの難しさ】は、終末期にある人の中には声のトーンや速さ、表情や言葉の使い方にも敏感な人がいるので、コミュニケーションをとる際に、細心の注意が必要である (B、C、F)。また、ボランティアは終末期にある人々の身体的な苦痛を和らげることができずただ見守るしかできないことについて、無力感を感じることもあった (C、D、L)。医療専門職ではないため、医療的処置はできず、緊急かどうかの判断も難しく、見守りのみの活動であっても心身ともに緊張することがあった (B)。

【患者・家族との信頼関係の構築】については、ボランティアに対する不信感や不安を理解し、意識しながら、付かず離れず、必要とされる時に応えることを心がけていた (K、L)。信頼関係を構築するためには、できるかぎり言葉遣いに気をつけ、守秘義務を守ることを徹底していた (I)。患者や家族からのクレームや意見の食い違いがある場合には、コーディネーターを交えて、話し合いをしたり、月例会で互いに振り返りを行っていたりしていた。

4.2.5 「手と手」活動に対する支援体制

《「手と手」活動に対する支援体制》は、〈「手と手」内部における取組み〉と〈二ノ坂クリニックからのサポート〉があることが確認された。

〈「手と手」内部における取組み〉は、【活動参加の自律性の確保】、【報告・連絡・相談のしやすい関係性の構築】に努めていた。まず、【活動参加の自律性の確保】のために、自分に合わせたペースで活動ができるように、自発性を尊重していた (B、K、L)。また、【報告・連絡・相談のしやすい関係性の構築】については、月に1回の定例会の中で問題や疑問をボランティア同士で話し合う、不満を言い合える雰囲気醸成する以外にも、いつでも連絡し相談し合うようにしていた。なお、在宅訪問に行く際に先輩とペアになって活動するため、安心して活動ができていた (B、C、D、E、H)。

〈二ノ坂クリニックからのサポート〉は、【活動の場の提供】、【コーディネーターとフィードバック】を受けていた。それは、ボランティアだけで自分たちの活動をアピールしたり、活動の場を探したりしても、医療的ニーズが高く、リスクが高いため安心してボランティアを受け入れることができないし、情報の収集も難しいためであった (F)。【コーディネーター

トとフィードバック】については、活動の前には、コーディネーターと一緒に顔合わせをしながら、どんなニーズがあるのか、トイレは使ってよいか、どこまで入っていいか等、細かい部分まで注意点を確認し、許可を得ていた。ボランティアが患者のかかりつけ医と直接話し合うことはなく、コーディネーターのTワーカーがデイホスピスや月例会にも参加し、普段からこまめに話し合っていた（B、C、H、L）。

表 29 カテゴリー⑤ 《「手と手」活動に対する支援体制》

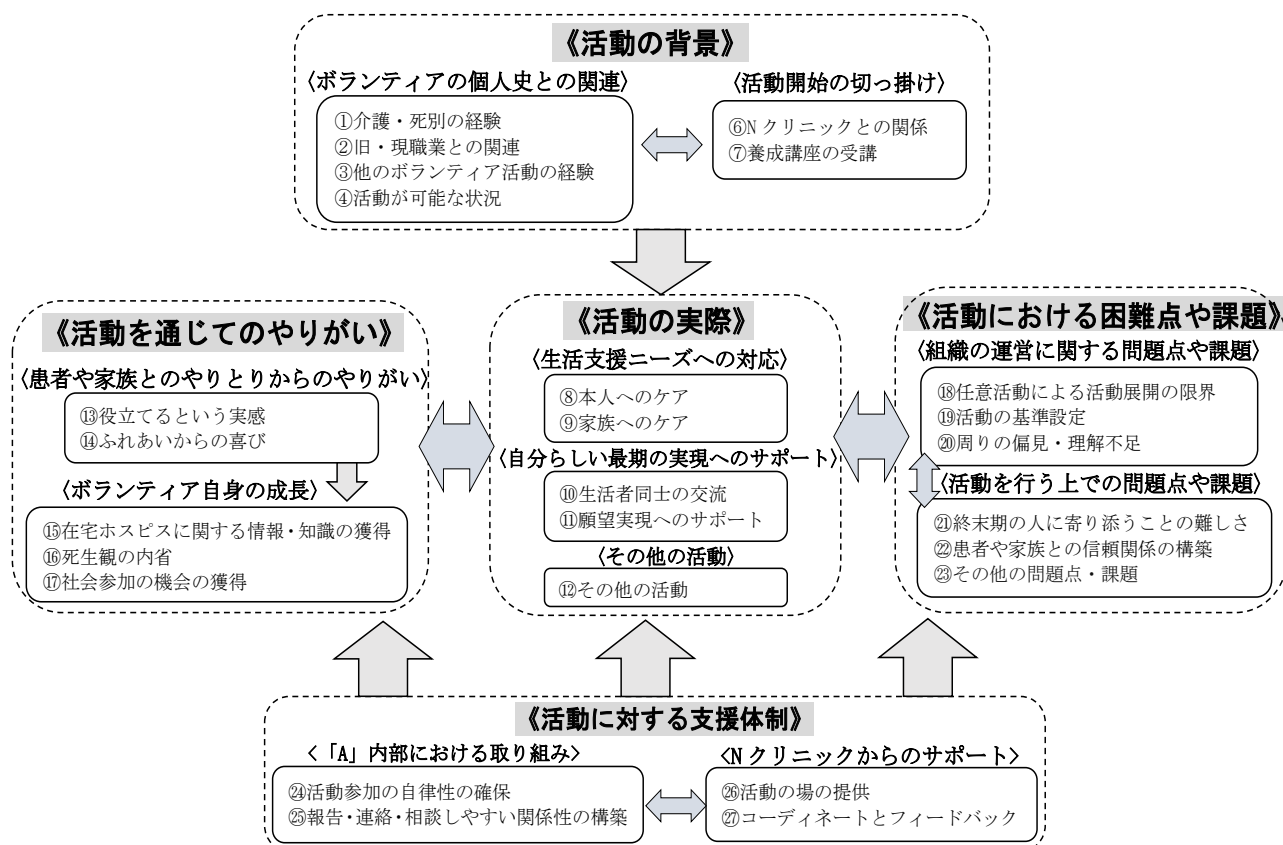
サブカテゴリー	焦点的コード	オープンコード（一部）
〈「手と手」内部における取組み〉	②④ 【活動参加の自律性の確保】	[楽しい活動でなければ続かない(B)] [自分に合わせたペースで活動ができる (D) (K) (L)]
	②⑤ 【報告・連絡・相談のしやすい関係性の構築】	[定例会の中で問題や疑問をボランティア同士で話し合う、不満を言い合える雰囲気を醸成する (B)] [会員と一緒に活動方向や活動内容をシェアする(C)] [定例会時に、会員と一緒に活動を振り返り、対応策を考える(D)] [事前打ち合わせをしっかりとしておく(H)] [デイホスピスで、患者理解やコミュニケーションの仕方を身につける(C)] [活動の経験が豊富で積極的なリーダーがいて頼もしい(D)] [活動に慣れた人と一緒に入ること、安心する(D)] [他のボランティアに移動のために車を乗せてもらう (E)] [リーダーや先輩の言葉遣いや接し方を学ぶ (E)]
〈二ノ坂クリニックからのサポート〉	②⑥ 【活動の場の提供】	[対象者の選定、日程の調整等を二ノ坂クリニックがやってくれる(B)] [家族会、養成講座、イベント時にも、活動ができる (C)] [二ノ坂クリニックの 2 階をボランティアが自由に使用できるようにしてくれた(D)] [二ノ坂医師の在宅診療に同行させてもらい、患者さんの紹介と、ボランティア活動の広告ができるようにしてくれた(F)]
	②⑦ 【コーディネートとフィードバック】	[在宅活動時の打ち合わせを MSW の T ワーカーがしっかりやってくれる(B) (H)] [T ワーカーはボランティアの存在意義を認めてくれる(C)] [適切なアドバイスがもらえる(L)]

4.2.6 概念モデル

インタビュー内容の分析によって生成された焦点的コード、サブカテゴリー、カテゴリーの関係性を図6で示した。

「手と手」は、死別や介護の経験があるボランティア達が二ノ坂クリニックとの縁や養成講座の受講をきっかけに活動を始めていた。デイホスピスや在宅訪問活動を中心に、生活支援ニーズへの対応と患者の自分らしい最期の実現へのサポートを行っていた。活動を通じて、ボランティア達は患者や家族、医療福祉専門職、ボランティア同士のふれあいから喜びを感じ、ボランティア自身の成長につながっていると評価していた。しかしながら、一方では「手と手」は、任意活動のゆえに生じる活動展開の限界を感じていた。これについて、「手と手」は、任意活動の限界を容認し、ボランティアに無理して活動参加を呼

ひかけることはせず、かえって活動参加の自立性を確保し、負担の少ない活動にしようとしていた。さらに、実際に活動の遂行上の問題点・課題として、終末期にある人に寄り添うことの難しさ、患者・家族との信頼関係の構築を挙げていた。「手と手」はこれらの問題点・課題に対しては、ボランティア同士で気兼ねなく連絡や相談ができる雰囲気づくりや、二ノ坂クリニックからのサポート、特にMSWによるコーディネートとフィードバックで対



応していた。

図 6 在宅ホスピスボランティアの会「手と手」の活動の現状と課題

5 調査の結果 (3) 在宅訪問活動の分析

5.1 在宅ホスピスボランティア活動の事例の概要

インタビュー内容の分析の対象は、在宅訪問活動の14事例(表30)である。ただし、複数のボランティアが同じ患者・家族に対して在宅訪問活動を行うことがあるため、14の事例の中に同じ患者・家族が重複して言及されている。

事例にとりあげられた患者の実数は10人で、家族の実数は6人である。在宅訪問活動の対象者である患者10人のうち、一人暮らしは2人、家族と同居していたのは8人であった。

表 30 在宅訪問活動事例の概要

調査対象者	在宅訪問活動対象者	活動事例の概要
B さん	<p>【事例①】 アさん (80代・男性・老衰・夫婦のみ)</p>	<p>アさんは、老衰による身体能力の低下と若干の認知症が確認され、7年前に二ノ坂クリニックからデイホスピスへの参加を勧められ、夫婦ともにデイホスピスに参加し始めた。アさん夫婦は、月2回のデイホスピスへ参加するなかで、多くのボランティアや他の患者・家族との交流が深まり、少しずつ見守り・外出支援等を「手と手」に頼むようになった。Bさんは、アさん夫婦とボランティア活動以外に個人的な付き合いをするようになってきた(月2回～3回5年以上活動・現在も継続して活動中)。</p>
	<p>【事例②】 イさん (80代・女性・病名不明・家族と同居)</p>	<p>イさんは終末期にある人であり、1日のほとんどの時間寝ている状態であった。Bさんは、家族の外出時に見守りをしていた。患者の傍でただ見守ることも、心身ともに緊張し負担を感じることもあった。ある日、急にイさんが目を覚まし、食べ物をほしがった。直ちに家族と病院に連絡をとり、アドバイスを受け、急遽お粥をつくった。対象者が患者の場合、病状の急変の可能性がある人が少なくないため、事前の打ち合わせや連絡先の交換、医療機関に相談できる環境が必要である(月2回程度を6ヶ月未満活動・イさんの死亡により活動終了)。</p>
C さん	<p>【事例③】 ウさん (90代・女性・心筋梗塞・一人暮らし)</p>	<p>ウさんは、老衰による身体能力の衰えと若干の認知症で、会話は可能であるが、全介助に近い状態であった。ウさんは自宅で静かに過ごす時間を好む人であったため、一人暮らしであっても半分は家で過ごしていて、週の半分は小規模多機能施設で過ごしていた。自宅にいる時は、小規模多機能施設の在宅介護サービス、弁当屋、近隣住民の見守り、ボランティア等によって支えられ、最期を自分らしく過ごした。Cさんはウさんの若い頃の話や傾聴し、好きだった思い出の食べ物をつくって一緒に食べるなど、6ヵ月後死亡するまで交流を行った(月2回以上を約6ヶ月間活動・ウさんの死亡により活動終了)。</p>
D さん	<p>【事例④】 エさん (60代・女性・神経難病・一人暮らし)</p>	<p>エさんは、進行型の神経難病のため、ベッドから車椅子に移るのにも大変な状況であった。だんだん外出することが少なくなり、人との関わりも減っていた。家事援助の大半はヘルパーにやってもらっていた。二ノ坂クリニックのMSWのTワーカーは、エさんが社会との繋がりの中で生きがいを感じていくことが必要であると考えた。エさんは編み物が得意であったため、Dさんは週1回エさんの家を訪問し、患者であるエさんから編み物を教わった。エさんは、病気を患っていても、Dさんに編み物を教えられることに生きがいを感じていた(週1回を3年以上活動・現在はエさんの病状の悪化により活動中止)。</p>
E さん	<p>【事例⑤】 ウさん (90代・女性・心筋梗塞・一人暮らし・【事例③】と同一人物)</p>	<p>ボランティアのEさんは、デイホスピスでの活動には力を入れていたが、在宅訪問活動には心理的に負担を覚えていた。同居する家族にどのように関われば良いかわからず、在宅訪問活動に自信がないためであった。ウさん(事例③と同一人物)は1人暮らしだったため、活動に挑んだ。ウさんと交流する活動はとても楽しく、Eさんの在宅訪問活動に対する緊張感や負担感が少し軽減された。しかし、家族と同居している人への訪問は、現在も戸惑いがある(月1回以上を約6ヶ月間活動・ウさんの死亡により活動終了)。</p>
F さん	<p>【事例⑥】 オさん (80代・男性・悪性腫瘍の末期・家族と同居)</p>	<p>オさんは、終末期にある人で、一日中安静にしていた。オさんの妻は、オさんの世話で外出もままならなかった。Fさんは、二ノ坂医師の紹介で、オさんの妻の外出時の見守りをした。しかし、オさんの妻はボランティアがどんな人であるか理解していなかったため、オさんの妻とFさん双方がどう接すればよいか戸惑いを感じた。しかし、オさんの妻はFさんからボランティア活動に関する説明を受け、Fさんとの関わりの中で安心できるようになってきた(週1回約2ヶ月活動・オさんの死亡により活動終了)。</p>

G さん	<p>【事例⑦】 カさん (60代・女性・神経難病・家族と同居)</p>	<p>カさんは、神経難病のため、現在瞬きも自由にできない状態である。会話が可能であった5年前に、訪問看護事業所の紹介で、「手と手」のボランティアがカさんの自宅を訪問したが、当時家族はボランティアの受け入れを拒否した。1年以上経過し、カさんの状態がどんどん悪化し、人との関わりがほとんどなくなり始めてから、家族がボランティアの訪問を要請した。Gさんは、現在月2回、他のボランティア1人～2人と一緒に訪問し、楽器の演奏、読み聞かせ、歌などで、カさんと触れ合う時間をもっている。時々カさんの夫とも会話をする（月2回を3年以上活動・現在も継続して活動中）。</p>
	<p>【事例⑧】 キさん (70代・女性・四肢麻痺・家族と同居)</p>	<p>キさんは、終末期ではないがほぼ全介助の状態である。主介護者はキさんの妹であり、キさんと妹は二ノ坂クリニックから紹介され、ボランティアを受け入れたが、初期はボランティアに対する警戒をみせ、快く受け入れる態度ではなかった。Gさんは、3年以上、キさんに手足のマッサージをし、談話・外出支援などを行ってきた。現在はキさんや妹の表情も明るくなり、Gさんの訪問を心待ちにするようになった（月2回を3年以上活動・現在も継続して活動中）。</p>
I さん	<p>【事例⑨】 アさんの妻 (80代・女性)</p>	<p>Iさんは、アさん（事例①と同一人物）の妻と、デイホスピスのボランティア活動中に知り合った。Iさんは楽器演奏が得意で、デイホスピスで披露することがあった。それをみたアさんの妻は、趣味として楽器を習いたいとIさんに自宅でのレッスンを頼んだ。Iさんは月2回アさんの自宅に訪問し、アさんの妻に楽器を教えるようになった。現在は、デイホスピスで共演することもある（月2回を3年以上活動・現在も継続して活動中）。</p>
J さん	<p>【事例⑩】 クさん (70代・女性・神経難病・夫婦のみ)</p>	<p>クさんは、神経難病で、人工呼吸器をつけており、全介助の状態である。クさんとは意思疎通できないが、Jさんは季節の花を持参しサさんに見せたり、本の朗読、同行する他のボランティアが楽器の演奏をしていたりしている。クさんからの反応は全くないが、ボランティアはクさんが人との繋がりや交流を望んでいるはずだと考え活動を続けている。そして、24時間つききりで介護しているクさんの夫ともお茶をしながら、介護や生活、趣味等について会話している（月1回以上を6ヶ月未満活動・現在も継続して活動中）。</p>
	<p>【事例⑪】 ケさん (60代・女性・神経難病・息子と同居)</p>	<p>ケさんは、神経難病の進行により、食事もあり摂れない状態であった。ケさんがさらに病状が悪化しないうちに、息子、兄弟、母、親戚、友達宛ての手紙を書きたいとボランティアを受け入れた。Jさんは全部で33通の手紙を代筆した。この手紙が届いたことにより、ケさんの状態を初めて知りケさんを訪ね、数十年ぶりに会ったという人もいた。手紙の代筆が終わってから、ケさんは入院し、入院先で亡くなった（代筆の時期はほぼ毎日、活動期間不明）。</p>
K さん	<p>【事例⑫】 カさん (60代・女性・神経難病・家族と同居・【事例⑦】と同一人物)</p>	<p>カさん（事例⑦と同一人物）は、現在意思疎通できないが、カさんが元気だった時に歌が好きだったと聞き、Kさんは、カさんの微細な表情の変化に注意を払いながら、歌を歌ったり、楽器の演奏をしたりしている。カさんの望みの確認はできないが、一緒にいる・かかわることを大事にしている（月1回を6ヶ月以上活動・現在も継続して活動中）。</p>
L さん	<p>【事例⑬】 ウさん (90代・女性・心筋梗塞・一人暮らし・【事例③】【事例⑤】と同一人物)</p>	<p>Lさんは、ウさんに見守りや交流を主に行っていた。ある日、ウさん（事例③、事例⑤と同一人物）の足が浮腫んでいるのを見て、二ノ坂クリニックのMSWに報告した。そして、マッサージをしたら浮腫みが少し軽くなるのではと問い合わせたところ、ウさんの病気（心筋梗塞）の状況を考えると、マッサージはしないほうが良いとアドバイスを受けた。Lさんは、医療福祉専門職と一緒に支えているため、活動するにあたって心強いと感じている（月2回を約6ヶ月間活動・ウさんの死亡により活動終了）。</p>

	<p>【事例⑭】 コさん (80代・女性・悪性腫瘍・家族と同居)</p>	<p>コさんは、余命数ヶ月の終末期にある人で、自宅で穏やかに過ごしていた。Lさんは見守り・話し相手として活動を始め、約50年間踊りの先生として生きてきたコさんの話を聞いた。在宅ホスピスボランティア活動を行う中で、ボランティアが患者や家族の生き方から学ぶことが多いと感じている。Lさんはコさんへの活動を継続したいと思ったが、活動開始から1ヶ月もたないうちにコさんは亡くなった(週3回を2週間活動・コさんの死亡により活動終了)。</p>
--	---	--

また、在宅訪問活動の対象者は、終末期にある人・家族以外に、終末期ではない神経難病の患者・家族、要介護の高齢者・家族が含まれていた(表31)。

表 31 在宅訪問活動の対象者の区分

終末期にある人・家族	神経難病の患者・家族	要介護高齢者・家族
<p>【事例②】、【事例⑥】、 【事例⑭】</p>	<p>【事例④】、【事例⑦】(【事例⑫】)、 【事例⑩】、【事例⑪】</p>	<p>【事例①】(【事例⑨】)、【事例⑧】 【事例③】(【事例⑤】)【事例⑬】</p>

在宅訪問活動の期間は2週間(【事例⑭】)が最短で、5年以上(【事例①】)が最長であった。在宅訪問活動の期間が6ヶ月未満の事例の中で、活動開始から6ヶ月が経過していない場合(【事例⑩】)以外は、活動対象者の患者本人の入院・死亡によって活動が中止・終了していた。活動期間が3年以上の対象者は、神経難病の患者・家族、要介護高齢者・家族であった。在宅訪問活動の頻度は、定期的に月1~2回、活動することが多かった。例外として手紙の代筆をした【事例⑪】は、代筆をする間ほぼ毎日活動していた。

在宅訪問活動の内容は、身体介護や家事より、見守りや談話・交流、個別ニーズへの対応であった。これらの活動の内容については、次節で詳細にみていく。

表 32 在宅訪問活動の期間

6ヶ月未満	3年以上4年未満	5年以上
<p>【事例②】、【事例⑥】、 【事例③】(【事例⑤】)【事例⑬】、 【事例⑩】、【事例⑪】、【事例⑭】</p>	<p>【事例④】、【事例⑦】(【事例⑫】) 【事例⑧】、【事例⑨】</p>	<p>【事例①】</p>

5.2 在宅訪問活動の内容の実際

14事例における在宅訪問活動の主な内容は、(1)見守り、(2)談話・交流、(3)個別ニーズへの対応、(4)家族に対する支援にまとめられる。以下、調査協力者の語りを引用する場合には [] の中にゴシック体で表記する。

5.2.1 見守り

病状が重い患者や1日のうちほとんどの時間を眠って過ごす終末期にある人に対しては、主に家族の外出時に見守りをしていた。

「手と手」では終末期患者に見守りのみ行う際にも、できるかぎり2人のボランティアと一緒に活動するようにしている。それは、終末期患者の病状の急変もしくは何らかが発生した場合、家族や医療機関への連絡・相談をする役と患者本人を見守る役が必要となるためである。また、死を間近にしている人や苦痛を訴える人に関わる際には、ボランティアは対処の限界や無力感を感じることがあり、ボランティアは互いに励まし支えあいながら、また患者の家族や医療専門職と話し合いながら、患者への寄り添い方を模索していた。以下のBさんの語りから見守りの実際を確認する。

Bさん：〔活動対象者の）家に入った時点で、すぐ緊急連絡先を私の携帯に入れておいて、ワンプッシュでかけられるようにしておいてはあるんですけど。それでもやっぱり在宅はその方の声だとか、顔色だとか、呼吸音だとか、雑音が聞こえるのではと、ものすごく神経を使って、横にいますね。家族じゃないので、普通じゃないのを察知するのが、たぶん他人にはハードルが上がるので、（中略）最善の注意でやってます。テレビつけていいですよと家族の方はいいですけど、私はほとんどテレビつけませんね。患者さんの呼吸音とか心臓の動きとかをみたいので、だから雑音ができるだけしないほうがいい、本とか読んでも耳はずっと向けて、やっぱり2時間位入ってもクタクタになりますね。ずっと集中してるから。〕

このように、傍で患者を見守りだけの活動であっても、病床が重い患者や終末期にある人々との関わりは、ボランティアにとって緊張感や心身の負担感が生じやすいことが推察された。

5.2.2 談話・交流

神経難病の患者・家族や要介護高齢者・家族に対しては、談話・交流をしていた。例えば、【事例④】のエさんは神経難病を患っており、食事づくりや掃除等をヘルパーにやってもらっていた。そして、身体的機能の低下による外出への不便さを感じているとともに、近所の人達に自分の病気を知られたくない思いから、人との付き合いが少なくなってきていた。このようなエさんの状況について、MSWは、エさんには生きがいを感じる活動や人とのふれ合いが必要ではないかと考え、エさんが得意とする編み物をボランティアと一緒にやることを提案した。

Dさん：〔編み物ね、編み物の得意な人がいるから、習いたい人ーって言うからハイって手を挙げてね。（中略）自分の着るセーターだとかね、孫のポンチョとかね、なんとかかんととかね。一生懸命作って、（中略）2時間になろうが3時間になっても話が長く。うふふ（中略）エさんが、ヘルパーさんとかね、こっちの先生（医者）にね、もう私生きがいがあったーっておっしゃっておるっていうのを聞いてですね、あ、そっか、自分が教えるっていうのがとても素敵なんだなあって思ったんですよ。何かする仕事があるっていうのはいいことなんだろうって思っ。〕

エさんは病状が悪化して入退院を繰り返すまで、3年以上Dさんに編み物を教えた。二人は編み物だけでなく、料理の話やお花の話で交流が深まった。Dさんはエさんに関わる時にはあえて病気のことは触れずに、エさんを編み物の「先生」と呼び、楽しい話題を用意して訪問しつづけた。Dさんのエさんに対する活動は、ボランティアと患者が支援する・支援される関係であることを超え、生活者同士の付き合いになっていたといえよう。

一方、病気の進行により会話すらできなくなり、全介助の状態となった患者に対しては、談話・交流といっても会話をするとか一緒に何かをすることは想像しにくい。しかしながら、以下のGさんの事例（カさん）でも確認できるように、「手と手」は、どんな重い病気や障害を有していても、誰もが人とのおふれあい、人の温もりを必要としているのではないかと考えていて、患者と「一緒にする」ことはできなくても、「一緒に楽しむ」ことを目指して工夫を重ねていた。

Gさん：[カさんに反応はもらえないですけど、表情をみて、話しかけます。例えば、ボランティアが2人か3人で入るんで、カさんが休んでいるのをはさみながら、日常会話をするんですけど、時々「ね、カさん」と、なるべくカさんに加わっていただくように。好きな季節の話をしたり、オカリナを持って行って吹いたり。季節によっては、ハンドベルとか持っていて、時々ご主人に加わっていただくこともしたことがあります。(中略)正直に今日何しようとなることもあるんですけど、苦痛になることはなくて、何も準備ができていない時には、写真をとってタブレットを用意してみただいたり、花の本を用意して、一緒に眺めたりするとか、]

神経難病のため、まったく意思表示ができない状態であるカさんに対して、複数のボランティアが交替しながら訪問し、日常会話や楽器の演奏以外にも朗読や合奏、紙芝居等を行っている。それらの活動に対するカさん本人の感想や評価を確認することはできないが、ボランティアはカさんの生活史や好みについて家族から情報を得て、カさんの趣向を盛り込んだ活動になるよう努めていた。

5.2.3 個別ニーズへの対応

患者・家族の中には、病状が悪化・死亡する前に、やり残したことがしたいとボランティアを受け入れることもあった。【事例⑩】では、Jさんは、80代の神経難病の末期患者であるケさんの要請によって33通の手紙を代筆した。

Jさん：[ケさんは、神経難病で、もう状態はとっても悪くてね、食事あんまり入らないような人だった。で、訪問看護事業所から話があったって言って、(中略)自分が喋れるうちに喋ったものを手紙にしてもらって、今まで自分とお付き合いがあった人にみんなにお礼が言いたいって言われて、お手紙の代筆をしたんです。まず息子、兄弟、認知症になったお母さん、八十いくつかもね。そして、親戚の人、友達、33通書きました。お手紙を聞いたのをメモして、書いて、そして次の日仕上げきて次の時に仕上げて、持って行ってこれでいいですか、ここがちょっと違うとかこの人はこういう人ですとか

聞いて、また書いて、字が下手なのに一生懸命書いて。やっと（書き終え）手が震えるんだけど一緒に切手を貼ったりとかして、じゃあ私が今日投函しますからねって言って。うん、そしたら、なんだか交流がなかった人が訪ねてきてくれたりしてうれしかったって、何十年ぶりに会ったみたいな話をして、ああよかったって思ってたら入院してしまった。]

最初ケさんは手紙の代筆は同居している息子に頼もうとしていたが、手紙を出したい人の人数が数十人となり、仕事で夜に帰ってくる息子より、短い期間で昼間に集中して代筆をお願いできるのはボランティアではないかと考え、ボランティアにやってもらうことになった。Jさんは手紙の代筆活動にあたり、ケさんが満足 of いくまで何度も本人に手紙の内容について確認をとりながら丁寧に行っていた。

5.2.4 家族に対する支援

患者の介護・看病をしている家族は、孤独を感じるとともに社会から孤立しがちになることもあり、「手と手」は患者のみならず家族も活動の対象者としている。「手と手」の家族に対する支援とは、家族の代わりに患者を見守ることや患者に何かをする間接的なかわりが多いが、家族と談話・交流するなどの家族への直接的な関わりも含まれている。【事例⑩】においてJさんは、神経難病で全介助が必要であるクさんに、本の朗読、紙芝居等をしているが、訪問の際はクさんの夫とも交流している。クさんの夫は、クさんの見守りや介護のため外出もままならない生活を送っていた。介護・看病している家族の状況の一端を、以下のJさんの語りから垣間見ることができる。

Jさん：[クさんのご主人が1人で見てるの、娘さんは遠方において、年に1、2回しか帰ってこない。で、胃ろうしているの、その胃ろうの付け替えっていうのかな、そのために年に2回、10日間ぐらい入院する、その間だけがご主人の休息のとき。それ以外ずっとご主人はベッドの横のこんなソファで寝てて、一時期具合が悪くなって、床に今寝てるのね、夜になると。奥さんのすぐ横で。(中略)クさんへの活動をして、そのあと半分ぐらいはご主人がいつも座ってるところで、座ってコーヒーをごちそうになりながら、ご主人は政治の話とか、時計の修理が好きなのね。奥さんが寝たきりになってからはここから動けないから、動けなくてもできることっていったら、(中略)もう置時計、掛け時計、腕時計、いっぱい。庭に出ても(人工呼吸器の警報音のピーピーという音が)なるんだって。人工呼吸器の調子が悪いっていうか、たんが詰まったり、私たちが行ってる時も時々なるんですよね。だから、庭に出ても土いじりはできない、なんですかって言ったら汚れた手で、扱うことができないから、]

上記の【事例⑩】のクさんは在宅医療・訪問看護・訪問介護・訪問入浴など、複数の医療・介護（福祉）サービスを取り入れている。とはいえ、公的・私的資源を活用していても、クさんの主介護者である夫の心身の負担が大きいことが確認された。

5.3 在宅訪問活動の調整

ボランティアと患者・家族は在宅訪問活動を開始する前に打ち合わせを行い、活動における注意事項や連絡先を共有し、活動内容のすり合わせを行っている。患者・家族の状況、「手と手」の活動理念やボランティアの能力等も考慮した上で活動の内容が決まるが、活動内容の調整は、打ち合わせの時のみならず、活動の中でも常に行われていた。具体的には、患者・家族の要請（状況の変化）によって、活動でのボランティアの気づきによって、活動内容は調整・変化されていた。

まず、患者・家族の要請（状況の変化）によって活動内容が調整される例として、【事例①】のアさん夫妻は、デイホスピスだけを利用していたが、夫婦の加齢によりアさんの妻が腰を痛めてから、在宅訪問活動を要請するようになった。また、妻の介護疲れを緩和するために、ボランティアと談話・楽器の稽古の時間をもつようになった。一方、【事例②】のように、ボランティアは見守りだけと認知して活動していたが、患者から食事がしたいなどの要請があった際（急変や不調時も含めて）には、保護者との相談、かかりつけの病院・MSWのアドバイスを受けることで対応している。

次に、ボランティアの気づきによって活動内容が調整された例としては、【事例③】、【事例⑦】が挙げられる。【事例③】のCさんはウさんに対して談話・交流の活動をしていたが、その中でウさんの最期の思い出をつくるため、昔好きだったから食べたいと口にしていた料理を用意し、一緒に楽しんだ。【事例⑦】（【事例⑫】）の神経難病のカさんの場合は、少しずつコミュニケーションがとれなくなっていったため、ボランティアは「一緒に歌を歌う・談話する」という活動から「音楽を聞かせる・本の読み聞かせをする」という活動に内容を変えている。

5.4 在宅訪問活動におけるボランティアと患者・家族間の関係の変化

前節の在宅訪問活動の内容の調整は、ボランティアと患者・家族間の関係の変化と関係しながら行われることが確認された。

【事例⑥】では、ボランティアの受け入れの経験がなかった患者（オさん）・家族（オさんの妻）は、ボランティアが具体的に何をどのようにするか認知していなかった。Fさんによる在宅訪問活動が行われていく中で、オさんの妻はボランティアについて少しずつ理解を深め、オさんの妻はFさんを安心して見守りや留守番を頼める信頼できる存在として受け入れるようになった。Fさんは当時の状況を以下のように語っていた。

Fさん：[とりあえず買い物に行く時間がないというんで、本当にその時に退院してこられたばかりだって、買い物もいろいろしないといけないと。じゃあ私が留守番しますので、お買い物に行かれた。でもやっぱりね、心配ですぐ帰ってこられた。慣れないっていうのもあるみたいだし。で、2回目は行ったら、あ、いてくれるんだって思われたみたいで。ちょっとゆっくりして、いろんなもの買ってこられた。3回目ぐらいの時だったかな…自分も病院に行きたいって言われて。じゃあ大丈夫ですよ、何時までって一時間二時間ってとってないから、済ませてから帰ってきてくださいって言ったら、安心して出て行った。

そしたら、だんだん慣れたみたいで。だけど、ボランティアっていうのがなんなのか

わかってあったかどうかはわからない。奥さんは、私を病院から派遣してくれた人と思っ
とつたみたい。で、月末になったときに、私に請求書を出してくださいねって言われ
たから。ああ、それはないんですよっていう話をして、えーっておっしゃってたけど。

それから、私2か月くらいそこに入ったのかな。ある時、じゃあ、今日パーマかけた
いのって、(ボランティアが来る前に)先に行くから、玄関は鍵がかかっているけど、縁側
は開けてるからって。それでちょっと、ちょっとは分かってくださったんかなって。(中
略)]

同じく、Gさんも活動の初期にボランティアの受け入れについて不安や戸惑いがある患
者・家族のこと(【事例⑧】)を語ってくれた。【事例⑧】のKさんの妹に対して、[活動の
初期には人をよせつけないような方だった]、[気難しいところもあって、最初のころは行
くたびにドキドキしながらね、気遣いをしながら正直話してました]と話していた。Kさ
んの妹は[いろんなボランティアを受け入れるのは無理。慣れた方が良い]と発言したこ
とがあり、「手と手」では、新しいボランティアがKさんに対して活動することを控えてい
た。しかし、GさんはKさんや妹の変化について以下のように語っている。

Gさん:[家族さんも違ってきているし、本人さんも今とても表情が良いんですね。Kさ
んは、ご自分のことは自覚はしっかりされているんです。言葉にだしたりする表現はで
きないんですけど、表情で読み取るしかないんですけど、以前は「こんにちは」言っ
てもあまり反応がなかったんですが、今は、目を合わせて挨拶してくれるし、言葉とい
うか、おーおーという声を出して、はっきり意味は聞き取れないんですけど、(中略)なん
かを言おうしてることはわかります。この間、私が関わった時もそのようなことが何回
もあってですね。とても嬉しかったんですね。それとね。今日は寒かったのよ。とい
うと、「うん」という表情を見せてくれている。このようなことを他のボランティアも味わ
ってみてほしいな。]

以上の【事例⑥】と【事例⑧】では、患者・家族とボランティアの双方が活動の初期に
感じていた不慣れや緊張感が活動を重ねるなかで和らぎ、安心できる仲間になってきたと考
えられる。

6 考察

6.1 「同じ生活者としてふれ合い支える存在」としての在宅ホスピスボランティア

「手と手」の活動内容や在宅訪問活動の事例から、終末期にある人やその家族に、見守
りや傾聴などの切実なニーズがあることが確認された。また、終末期にある人に病気を患
っていても、障害を有していても、患者ではない生活者として楽しみたい、交わりたい、
何かに取りかかりたいという願いがあることが分かった。これらの生活支援ニーズや情緒
的ニーズなどは、公的支援・市場サービスでは対応できないことが多い。介護保険制度の
もとで派遣されるヘルパーの活動は、サービス内容が標準化されており、さまざまな規制
下におかれている。医師や看護師も、限られた時間の中で、決められた業務に追われてい
るというのが現実である。家族であっても、介護を優先して、細かい願いに対応しきれな

い場合がある。一方、家族や友人は患者の疾病や治療に関心を寄せてしまい、少しでも病気や苦痛とは無関係な関わりをもちたいと思う患者の願いとは裏腹に、患者と心配や気遣いの関係になりがちである。

これに比べて、ボランティアは、患者や家族のニーズに合わせて、患者や家族の個々の事情や物語を尊重しながら、細かなところまで何が必要であるか察し、対応することができる。それは、「手と手」のボランティア達の多くが身内の介護・看取り・死別の経験を有しているため、患者・家族の心身の負担に関してより共感でき、さまざまな活動に積極的に取り組んでいる可能性が高い。さらに、法律や制度に縛られていない任意活動であるため、活動の時間や内容を柔軟に変更できる。また、素人であるがゆえに、患者や家族の生活者としての楽しみや息抜きにつながる支援により重点をおくことができる。「手と手」はデイホスピスや在宅訪問活動を中心に活動しているが、デイホスピスの参加者が入院したりする時には、ボランティア達はお見舞いに行くこともあった。終末期にある人が亡くなってからも、その家族に遺族会を紹介したり、養成講座に誘ったりして関係が継続することもあった。

以上から、在宅ホスピスボランティアは、ボランティアならではの、素人・非専門職だからこそできる「生活者同士として患者・家族とふれ合う存在」であると言えよう。加えて、在宅ホスピスボランティアが個別ニーズに対応し、同じ生活者としてかかわる中で得られた心身の不調に関する情報、心境の変化、治療に関する本音などを、医療福祉専門職と共有し、ホスピスケアの質の向上に一助していると考えられる。

6.2 「生と死を分かち合う仲間づくり」としての在宅ホスピスボランティア活動

「手と手」は、多様な活動を行っているが、一方では、自発性を尊重する任意活動であるため、ボランティアの意思や力量によっては対応できない場合があった。具体的には、ボランティアが活動を拒否した場合、活動を強いることはできなく、依頼があっても活動を希望するボランティアがいない場合は対応に困る。実際にその場合にはリーダー達が引き受け、過重な負担がかかることがあった。さらに、活動しているボランティアの大半は60代以上であり、身体的負担も考慮せざるをえないため、現在夜間時や遠方からの依頼に対しては対応していない。また、ボランティアには、終末期にある人や家族にかかわること、特に在宅訪問活動に関しては、急変するリスクがあることを含めて、ハードルが高い活動という認識があった。

以上の非専門職による任意活動としての限界や課題に対して、「手と手」のリーダーやコーディネーターのTワーカーは活動の任意性やボランティアの意思を尊重し、活動を強いることを一切していなかった。むしろ、「手と手」では、患者や家族のためにだけ存在する組織にとらえず、ボランティア達の居場所の提供、仲間づくりを「手と手」の重要な活動として考えていた。それは、ボランティアの中に死別や介護の経験がある人が少なくないため、ボランティア自らのグリーフワーク（悲嘆作業）として、「手と手」が発足されたことが背景にある。

さらに、「手と手」の活動は、患者や家族の癒しの時間になるだけでなく、ボランティア同士の情報交換の場となったり、交流の場ともなったりしていた。例えば、デイホスピスは、経験が浅いボランティア達はデイホスピスで先輩のボランティアの言葉遣いやかかわ

りの姿を見ながら、患者や家族にどのように接すれば良いかを学んだりする。そして、デイホスピスでは、ボランティア達のみで軽食が用意され、歌や楽器演奏もボランティア達のみで準備するのではなく、医療福祉専門職、患者や家族が混じることもある。月例会では、ボランティア達は活動を振り帰りながら活動時の戸惑いや疑問を打ち明け、互いの考え方や対応策について意見を出し合ったり、今後の活動について話し合ったりするが、月例会の前後にボランティア同士で、料理、健康、趣味などプライベートな話が絶えない。以上から、「手と手」の活動は、生活支援サービスを提供しながら、「関係づくり」を追求していることがわかる。すなわち、「手と手」は、組織運営や活動展開における限界や課題を容認し、活動を特別な取り組みとして無理に広めようとせず、ささやかな営みとして日常の一部とすることで、活動を続けてきたと考えられる。以上から現時点では在宅ホスピスボランティアに、終末期にある人や家族に対する生活支援の担い手として大きな期待を寄せることには限界があると考えられる。むしろ、ボランティア自身のグリーフワーク、社会参加としての意味合いがあることを了解し、「生と死を分かち合う仲間づくり」として位置づける方が適当ではないかと考える。

6.3 在宅ホスピスボランティア活動における医療福祉機関との協働の必要性

「手と手」が有する課題、つまり活動対象者（患者や家族）の確保、活動者（ボランティア）の確保、緊急時の対応、ボランティアの心身の不安や負担などは果たして「手と手」でのみ見られることであろうか。本章は、「手と手」に対する単一事例研究であるため、導かれた知見を一般化することには限界がある。とはいえ、素人・非専門職による在宅ホスピスボランティア活動は上記のような課題が共通して生じうると考えられる。

したがって、「手と手」と二ノ坂クリニックとの協働を踏まえながら、在宅ホスピスボランティア活動における医療福祉機関との協働の必要性について述べたい。

まず、二ノ坂クリニックは、患者の状態やニーズをスクリーニングし、介護保険のデイサービス等に行かない人、外出が少なく孤立しがちな人にデイホスピスに誘ったり、在宅訪問活動について説明したりしながら、「手と手」活動を紹介していた。患者や家族は、普段かかっているクリニックの誘いであり、MSWのTワーカーがコーディネーターとして参加しているため、ボランティアを受け入れやすくなる。さらに、デイホスピスが行われる場所は、二ノ坂クリニックの2階にあるホールであり、アクセスしやすいし、バリアフリーで使いやすい。患者がデイホスピス中に急変したとしても、1階からすぐ駆けつけてもらえる。ボランティアも医療的処置への負担を感じずに、和やかな雰囲気の中で活動することができる。

とはいえ、専門職とボランティアが情報を共有しながらチームアプローチすることには、金銭的利益が発生しない活動であるばかりか、相当な時間や努力を費やす必要が出てくる。慌ただしい毎日をおくっている医療福祉機関にそれは容易なことではないだろう。

それでは、なぜ二ノ坂クリニックは「手と手」の活動を支えてきたのであろうか。二ノ坂クリニックの院長である二ノ坂医師は、1990年代半ばに無床診療所を開設してから在宅ホスピスの推進に力を入れてきた。彼は日本のホスピスケアについて、「人権運動としてのホスピスという思想が欠如していること」、緩和ケア病棟中心のホスピスの発展の中で、「対象疾患を実質的にがん末期のみに限定したこと」、「在宅および地域コミュニティケア

のプログラムをもつホスピスがきわめて少ないこと」を指摘している（ニノ坂 2015）。さらに、彼はインフォーマルな関係が脆弱化してきた今日、「自発的な意思の集まりであるボランティアチーム」であったら、患者や家族の不安や孤独感をぶつける相手となりえるのではと考えた。また、在宅ホスピスを広める際に、患者や家族、住民達が本当に求めていることを知る事が重要であるが、同じ住民の立場であるボランティアを通してそのニーズを把握できると期待していた。そのため、養成講座を企画したり、MSW を配置したりするなど「手と手」を支えてきた。彼は、著書の中で「手と手」の活動について、「ただ単に私たちが忙しいからできないことを補うという感覚ではなくて、私たちがサポートしている患者さんたちの生活をより豊かにしていくという感覚」であるとしている。

なおかつ、彼は、ボランティアの育成のみならず、各種勉強会、イベント等を企画し、医療福祉専門職、患者や家族、ボランティア、その他の市民誰もが生と死について考え、語り合える場を提供してきた。約 20 年間の在宅ホスピスを人々に広めようとしてきた彼の活動は、生と死を分かち合う仲間が増えてきたこととして実を結んだと言えよう。

以上を踏まえ、現時点の日本においては、医療福祉専門職の方が刻々と変化する終末期ケアに関する情報や知識、技術を有しており、患者や家族、ボランティアが医療福祉専門職への期待や信頼が高いことなどを考えると、患者や家族、ボランティアの双方が安心して持続できる在宅ホスピスボランティア活動となるためには、医療福祉機関や専門職のサポートが必要かつ有効であることを強調しておきたい。

6 おわりに

本章では、生活の場で人生の最終段階を自分らしく過ごすためには、衣食住や医療的ケアの確保のみならず、生活支援ニーズや情緒的ニーズなどのニーズをいかに充足できるかが重要な課題であることが確認された。さらに、多様なニーズを充足するためには、終末期にある本人やその家族、医療福祉専門職、ボランティア等の多様なアクターの協働が有効であった。

ただし、アクター間の協働関係は、質の高いホスピスケアを目指すための、専門職と非専門職の役割分担、連携を強調しているわけではない。むしろ、ケアする側とケアされる側、専門職と非専門職などの区分や明確な業務分担にこだわらず、同じく死に向かう人間として、死に方を共に考え悩む仲間として関わり合える関係の必要性を主張したい。なぜなら、昨今の日本においては、多死化が進む中、亡くなり方、亡くなる場所について、自ら考え悩む時期に差し掛かっている。しかしながら、戦後、多くの人々は病院で医療的ケアを受けながら死を迎えており、生活の場で死を迎える経験を積んできていない。それゆえ、生活の場で人生の最後の時期をどう過ごすか、いかなる準備が必要かについて、医療福祉専門職だからと言って答えを持っているわけではない。むしろ、死別や介護の経験があるボランティアや終末期にある人やその家族から得られる情報が多いかもしれない。また、制度やケアサービスへの当事者ならでは的確な評価、フィードバックをもらうことができるかもしれない。すなわち、今後、専門職と非専門職などの区分を乗り越えて、より多くの人々が人生の最終段階の過ごし方の希望や経験を語り合いながら、質の高い終末期ケア体制や、自分らしく最期を迎える方法について、一緒に模索する必要があると考え

る。

最期に、本章で患者・家族のニーズについて考察を行ったが、実際に当事者（患者・家族）からのデータを分析していないため、深く考察することに限界があった。今後の課題として、当事者に対するさらなる調査・研究をしていきたい。

【参考資料】 4章のインタビュー調査の項目

■在宅ホスピスボランティアの会「手と手」のボランティアへの調査項目

1. 「手と手」で活動するようになった動機またはきっかけは何ですか。
2. 現在活動している内容について教えてください。
3. 在宅訪問活動のなかで、記憶に残るエピソードがあったら、教えてください。
4. 活動を行う上で、困ったことや不安に思うこと、負担を感じることはありますか。
5. 今お話しされた困りごと、不安、負担を、いかに対処していますか。
6. どのようにしたら、どのようなサポートがあったら、不安や負担が解消されると思いますか。
6. 活動を通じてのボランティア自身の変化、成長、やりがいなどを感じたことはありますか。
7. 活動をする上で、もっとも気を遣っていること、注意していることは何ですか。
8. これまで行った活動に対して、残念または後悔したことはありますか。
9. ニノ坂クリニック、ニノ坂先生、Tワーカーとの協働について、どのように思いますか。
10. 在宅ホスピスボランティアの役割、強みは何だと思えますか。
11. 活動歴、年齢、死別の有無、介護の経験、居住地域 など

(以上)

第5章 介護職員の看取り介護の遂行上の困難・課題とその対処方法

1. 研究の背景と目的

特別養護老人ホーム（以下、「特養」とする）の退所者の7割以上が死亡退所であり、「終の棲家」としての特養での看取りのニーズは高い（医療経済研究機構 2003；池上 2010）。また、7割以上の施設が「入所者や家族から施設内の看取りの希望があったときには原則的に受け入れる」としており、特養内の看取りに対して前向きな姿勢をとる施設が少なくない（池上 2010：14）。住み慣れた介護施設で最期を迎えたいと願う入所者と家族が少なくないことと近年の終末期医療給付費用の抑制が求められる社会的状況が相まって、今後特養における看取りが増えると考えられる。

しかし、本来、特養は生活の場であるため、医療ニーズに十分応えられるケア体制が整備されていない。医療経済研究機構（2003）の調査結果においても、施設長と看護職員は、特養における看取りの課題として、「医師・医療機関との関係強化」を最も多く挙げている。さらに、特徴の看護職員や介護職員の看取りに対する不安や負担が高いことが指摘されている（医療経済研究機構 2003；池上 2010；塚田・浅見 2012）。渡辺ら（2010）による特養の看護師長を対象とした質問紙調査（N = 968）では、看取りにおいて困難なこととして最も回答が多かった項目は「職員の心理的負担が大きい（53.3%）」ことであった。

上記のような医療的ニーズへいかに対応するか、職員の心理的負担や看取りに関する知識や技術の向上をいかに図るかなどの課題に対応し、看取りができる施設内基盤の整備や体制づくり等を目的として、2006年4月の介護保険制度改正において「重度化対応加算」および「看取り介護加算」²⁵（以下、「加算」とする）が介護報酬に加えられた。これは今まで行われてきた特養内の看取りに対する評価でもあり、また、今後の特養を「死を迎える場」として期待し委ねるという方向性が示されたとも言えよう。2015年4月に行われた介護保険報酬改正における看取り介護加算の算定要件（以下、「加算要件」とする）のなかで「施設基準」をみると、医療と介護の連携、本人や家族の意思の尊重、職員の資質の向上を図るための内容となっており、これまで議論されてきた課題の対応策であることがわかる。しかし、一方では、看取り介護加算の算定要件を満たした特養の多くが、夜勤時には看護職員との「オンコール体制」で対応しているため（野村総合研究所 2009）、介護職員が終末期にある利用者に対して緊急時の対応や医療処置を行わざるをえない状況が多々あることが確認された。

以上から、加算要件を満たし看取り介護を行う特養が増えるとともに、介護職員はこれまで以上に過重負担を抱えることになりかねないと考えられる。そこで、筆者は加算要件

²⁵ 2006年4月の介護報酬改正で重度化対応加算と看取り介護加算が創設された。重度化対応加算の算定要件は看取り介護加算の「別に厚生労働大臣が定める施設基準」にあたる内容であった。つまり看取り介護加算の算定は重度化対応加算が算定できる特養であることが前提となっていた。しかし、2009年介護報酬改定でこの双方の加算の要件は統合することによって、重度化対応加算は廃止された。

を満たして看取り介護を行う特養の介護職員が感じている困難・課題は何か、また、それにどのように対処しているのかを調べる必要があると考えた。質の高い看取りを目指すに、看取り介護の多くの部分を担っている介護職員の不安や負担を明らかにし、その不安や負担が経験できる支援策を具体的に検討することが必須条件であると思うからである。なお、現在は加算要件を満たすことが施設内看取りの実現のための基本的な条件とみなされているが、それが、介護職員の不安・負担に配慮した施設内基盤の整備・体制づくりといえるのかについては、十分に検討されていない。

したがって、本章では加算を算定している特養の看取り介護の経験がある介護職員を対象とし、看取り介護を行う上での困難・課題とその対処について調べることを目的とする。なお、その困難・課題と対処方法を加算要件に合わせた施設内基盤の整備・体制づくりと関連づけて考察を行う。本章は今後看取り介護を行う介護職員への支援方法の手がかりになるとともに、加算制度の機能や効果の検討に示唆を与えることができると考える。

2 研究の方法

2.1 用語の定義

本稿における「看取り介護」は、加算の算定要件における入所者の基準を参考として（全国老人福祉施設協議会 2015：7）、「医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者に対して、医師、看護職員、介護支援専門員その他の職種の者が共同で作成した入所者の介護に係る計画について、当該計画について入所者または家族等に説明し、同意を得た上で行われる介護。さらに、入所者の状態又は家族の求め等に応じ随時、医師等の相互の連携の下、介護記録等入所者に関する記録を活用し行われる介護についての説明を受け、同意した上で行われる介護」とし、加算の算定のためのプロセスの一連を指す。また、看取り介護加算の該当とは関係なく、すべての終末期にある入所者への介護は「看取り」とした。なお、調査対象者の語りの中で「ターミナルケア」、「看取り」などが「看取り介護」と同様に用いられた場合には、「看取り介護」に表記を統一した。

2.2 研究対象と調査方法

調査は2014年12月3日と5日に、X県に所在のY社会福祉法人のZ特養で実施した。Z特養の介護職員を調査対象とした経緯は以下である。Z特養は、加算制度以前から入所者や家族の意向に寄り添って、看取りを行っており、加算制度の施行（2006年）当時から加算要件を満たしていた。そのため、現在勤めている介護職員のほとんどは加算要件が満たされた環境の中での看取り介護の経験がある。さらに、Z特養は自主的に看取り介護に関する職員の小グループがあり、研修・事例検討会等を企画し、全職員に看取り介護の質の向上や情報共有を図っている。Z特養で行った看取り介護の事例についてホームページに掲載している。

筆者は、本調査の前に施設長、介護主任、看護責任者に対する予備調査を行い、看取り介護への積極的な姿勢や実践があることを確認した上で、調査対象施設を選定した。そして、看取り介護の経験がある介護職員9名を対象に半構造化面接法を用いたインタビュー

調査を行った。インタビュー調査の設計において、調査対象者の属性により、困難・課題や対処方法を比較するため、9人の経験年数や職位、保有資格、看取り回数が相違する介護職員を選定した。

調査内容は、看取り介護を行う上での困難・課題、対処方法、望むサポートなどである。Z特養の運営主体は社会福祉法人であり、開設して約40年が経つ。特養の定員は130名で、2014年現在、平均介護度は3.8である。施設全体の職員数は看護・介護職員等、常勤・非常勤合わせて約100名である。看取り介護は、2006年に2名、2007年に4名、2008年に5名、2009年に4名、2010年に13名、2011年に3名、2012年に4名に対して行った²⁶。

2.3 分析方法

分析方法は質的データ分析法（佐藤 2008）によって、以下のプロセスに沿って進めた。

まず、第1に、録音データを逐語録として文書化し、看取り介護の遂行上の不安・負担とその対処に関する語り（文書セグメント）を抽出した。

第2に、その語りの内容を単純に要約し、オープンコードをつける作業を行った。

第3に、そのオープンコードを抽象度の高いコードに選択的に割り振っていき（焦点的コーディング）、第4に、「事例ーコードマトリックス」としてまとめ直し、それを手掛かりにして上位カテゴリーを抽出した。ただし本章では紙面の制約があるため「事例ーコードマトリックス」の提示は省いている。本章の分析方法として採用した「事例ーコードマトリックス」にまとめることは、上位カテゴリーの抽出のみならず、属性による比較分析も用意になるため、介護の経験年数や職位・資格等による考察に有効であると考えられる。なお、分析の結果や考察については、Z特養の介護主任から現場の実情を聞きながら、繰り返し修正を行った。以下、山下（2013）を参照し、語りを直接に引用する部分については[]、焦点的コードについては【 】、上位カテゴリーは〈 〉で示す。

2.4 倫理的配慮

調査協力者に研究目的・個人情報保護・データの取り扱い・同意取り消しの権利・発表の許可などについて口頭と文書で説明し同意を得た。また、データから調査協力者が特定、判別できないように、分析に関係しない箇所については省略もしくは改変している。

3 結果

3.1 調査協力者の属性

調査協力者は男性が4名、女性が5人であり、対象者全員正職員であった。介護福祉士の資格を有している職員は7名、資格なしが2名であった。職位については、グループリーダーが4名、一般職員が5名であった。看取り介護の経験は10回以上が4名、5回以上

²⁶ ただし、加算の算定はできなかったが、Z施設内で最期を迎えた入所者はこの加算の算定ができた死亡数を上回る。加算の算定ができなかった理由としては、看取り介護を検討中に死亡した場合や、急変され死亡した場合などで、算定の要件を満たしていたかったためであった。

10 回未満が 3 名、5 回未満が 2 名であった。

表 33 調査協力者の詳細

区分	性別	年齢	Z 特養での介護年数	資格	学 歴	職 位	看取り介護経験
A	男	40 代	10 年以上 11 年未満	介護福祉士	介護系専門学校卒	グループリーダー	10 回以上
B	男	30 代	8 年以上 9 年未満	介護福祉士	介護系専門学校卒	グループリーダー	10 回以上
C	女	20 代	4 年以上 5 年未満	介護福祉士	介護系専門学校卒	グループリーダー	10 回以上
D	男	30 代	6 年以上 7 年未満	介護福祉士	介護系専門学校卒	グループリーダー	10 回以上
E	女	20 代	4 年以上 5 年未満	介護福祉士	介護系専門学校卒	一般職員	5 回以上 10 回未満
F	男	30 代	7 年以上 8 年未満	介護福祉士	不明	一般職員	5 回以上 10 回未満
G	女	20 代	3 年以上 4 年未満	介護福祉士	介護系専門学校卒	一般職員	5 回以上 10 回未満
H	女	20 代	2 年以上 3 年未満	資格なし	高校卒	一般職員	5 回未満
I	女	20 代	2 年以上 3 年未満	資格なし	高校卒	一般職員	5 回未満

3.2 看取り介護の遂行上の困難・課題とその対処方法

分析の結果、看取り介護の遂行上の困難・課題について五つの上位カテゴリー、その対処方法については三つのカテゴリーを抽出した。ただし、看取り介護の遂行上の困難・課題のカテゴリーである〈その他の課題〉については表 34 に提示するにとどめ、分析対象としては、図 7 で示す困難・課題における四つの上位カテゴリーとその対処方法である三つの上位カテゴリーを対応させながら、分析を進めることにする。

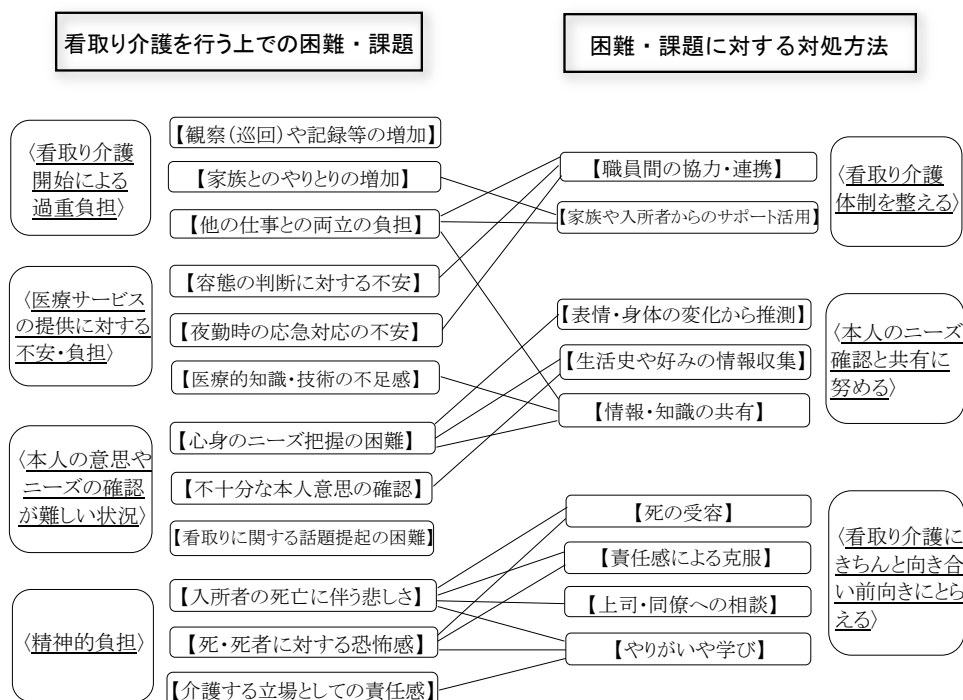


図 7 看取り介護の遂行上の不安・負担とその対処

表 34 看取り介護の遂行上の困難・課題

上位 カテゴリー	焦点的 コード	セグメント	根拠となる主なデータ (一部抜粋)
〈看取り介護 開始による過重 負担〉	【観察(巡回) や記録等の 増加】	A18 A19 A21 E1 G1 H15 H17	[看取り介護、これは業務的な話で言うと、介護現場の負担はかかります。巡回、記録、家族の面会の対応とかで。ただし、看取り介護となると、職員により細かく関わらないといけないという意識が生まれるわけなんですよね。記録用紙の中にチアノーゼ、呼吸状態チェックする項目があるんですけど、やっていくと、気持ちもそういうふうに向くからですね。細かい変化に気づきやすい環境ではありますね (A18)] [普段の介護以上に気を使い心身の疲労がたまる (H15)]
	【家族との やりとりの 増加】	A7 A17 B3 D5 I3 I6 I7	[看取り期になると結構面会も増えるし、話す機会もあって。でも結局看取り介護は家族とのやりとりの中でできるので。家族としっかりコミュニケーションをとらないと、看取り介護が成り立たない部分が多いです (A7)] [家族と本人の関係が薄いことも僕の経験上かなり多いので、もちろん本人さんを思って介護に熱心な気持ちであるとは思いますが、看取り期になった現状を理解してもらえなかったり、特養ではできないサービスを言ったり、現場ですべてを受容するのは難しいので (D5)] [家族の方もしょっちゅうきてくれるので、家族への説明が難しいけど、できる限り自分の知っているなかでの最近の情報とか伝えますね (I6)]
	【他の仕事と の両立の 負担】	C7 D18 F6 G6 G10 H14 I4	[流れ作業に似た作業もあると思います。入所者と関わる場 面を増やさないといけないと思います。現実的に時間はないです。他の仕事をしながら本人の意思確認とかはプラスアルファをすることなんで、時間ないところがある (D18)]
〈医療サービス の提供に対する 不安・負担〉	【容態の判断 に対する 不安】	D8 H5 I8	[先輩とかは今日はこの方大丈夫だろうと、わかる人もいるんですね。でも自分にはやっぱりその状況が変わったとか全く分からないからですね。すごくいつも不安なんです (H5)] [正確にどこが痛くて、どこが嫌なのかわからない時がありますね。口の中が不潔とか、タンがたまっている時とか、きれいにしなければいけないと思いつつも、吸引をやったらきついかどうか、葛藤がありますね (D8)] [(喉から音がする時) ごろごろとしている時に自分で判断することは、経験年数も浅いし、吸引した方がよいのか、人を呼んだ方がよいのか、でも他の職員も他の仕事をしてるし、自分じゃどうにもできないしというところで、できるかぎり、吸引とか自分ではできないので、ガーゼを濡らして口の中のタンを少しでも指でとったり (I8)]
	【夜勤時の 応急対応の 不安】	A6 C5 E4 E6 E14 F7 G4 H1 H2 H16	[全然看取り介護やったこともないし、何をすれば良いかわからないし、勉強してきたわけでもないし、すごく不安で、一人で夜勤とかあって、精神的にもきついですね。何かあったらと、ちょこちょこ確認しには行くけど、どんどん状態は悪くなっていくし (H2)]
	【医療的 知識・技術の 不足感】	A2 A3 B5 B9 B22~B26 C3 H4 H7 H8 H19 H20	[やっぱり (吸引等の医療行為) 研修を受けても、自分でやってよいのかなというところがありますけど (A3)] [医療的知識がもつとあればいいなと思うんです。医療はやっぱり自信がないところがあります (C3)] [看取り介護の一番の課題はやっぱり職員の育成ですね。医療も、死生観も、職員への指導が必要です (B26)] [今の研修それだけじゃ、医療は追いつかないですね (H20)] [専門学校行ってないですね。ですから、何も勉強していないまま入って、急に状態が悪くなって看取り介護をやらうと言われて、とりあえずこのようなことした方がいいよと先輩に習って、見よう見まねで習った感じなんで。だから、しっかりやったという気にはならないですね。2回では慣れはしないですね (H4)]
〈本人の意思や ニーズの確認が 難しい状態〉	【心身の ニーズ把握の 困難】	D1 D4 D6 E10 H11	[(入所者の情報を) 聞き取れない家族がなぜか多いですね。それこそ時代の影響かもしれないが、関係が薄かったり、詳しく話してくれる家族は少ない (D6)]
	【不十分な 本人意思の 確認】	A9 A11 A13 B11~B13 B15 B16 E11 F4 G8 G11 H22	[入所して自分はこんな死に方したいという、例えば、病院で死にたいとか、延命治療はこうするとかをおっしゃる方は稀ですね。看取り期になったら、ほとんど自分から話できない方が多いんで (A9)] [実際にほとんど (看取り介護に対する選択) 家族が決めている (A11)] [看取り介護が始まると、先が長くないからとドクターから言われて、今後どうするとなった時に、そこで、どういうふうにするのか、そこで始まりますね (B11)]
	【看取りに 関する話題 提起の困難】	A10 A14 B14 B17 B19 B21 C10 D3 E9 G9 H12	[本人の意思を聞くためには、やっぱりその必要性を職員が理解することが先に必要ですよ。本人に最後どういうふうにしたいかを聞くことが、いつかの看取り介護に反映されるというメリットを知ることとか。それを聞くことで、不愉快に思う家族や本人もいるかもしれませんが、ただそこをきちんと了承してもらうためには、やはり職員皆が本人の意思を前もって確認することの必要性を

			理解するところが重要ですね (B17)] [(入所者が) まだ元気だから、思っているから (職員は) 死は怖い、悲しい、暗いと思っているから避けていることはあるとおもいますね。 (E9)] [(看取りに関する話) 言いにくい部分はありますね。亡くなるとかいうと、なんで亡くなることを聞くのと思われる入所者さんがいそうですけど (G9)]
〈精神的な負担〉	【入所者の死亡に伴う悲しさ】	C1 E2 I10	[ずっと一緒にいたんで、悲しいですね。まだなんかどこかにいるのではないかと考えてしまう (C1)]
	【死・死者に対する恐怖感】	D19 I1 I11	[最初息を引き取った方を夜中でみた時は、恐かったですね (D19)] [看取り、やっぱり恐いですね (I1)]
	【介護する立場としての責任感】	A1 A5 B1 D10 H18	[こっちの介護職員としては病院に行った方が安心ですし、ナースがいてくれた方が安心ですね。ですけど、入所者さんも家族もここ (特養) がよいと言われたら、ここで最期までいてほしいと思いますね。やっぱり最期まで看たいという気持ちがありますね (H18)]
〈その他の課題〉	【静養室の必要性】	B27 G13 H21	[看取り介護できる部屋が2つあるけど、普段は一般の入所者が使うこともあって、足りないかな。家族が寝泊まりするには狭いし (G13)]
	【離職意向】	D2 E17 H15 I13	[看取り介護であれこれして、モチベーションが上がれば良いんですけど、モチベーションがさがっていったら、良いものをもっていても辞めていく人も必ずしもいないとは言えないのですよね (D2)] [離職意向と看取り介護は関係あると思いますよ。普段以上に気を使い心身の疲労がたまるからですね。 (H15)]

表 35 困難・課題に対する対処方法

上位 カテゴリー	焦点的コード	セグメント	根拠となる主なデータ (一部抜粋)
〈看取り介護体制を整える〉	【職員間の協力・連携】	A20 B8 G5 H6 H13	[看取り介護は結構負担になると思いますが、ただ、日本特有かもしれないんですけど、「思い」でケアはなりたっているところはすごくあると思います。(中略) 例えばある職員は「こうしてみたい」ある職員さんは「こうしたい」という思いが合わさってですね。ある職員さんが気づいたことを他の職員さんに「時間がある時にやってください」と申し送ることもあるし (A20)] [(疑問とか改善が必要なことがあったら) やはり一番話すのは同じグループの人、職員とか、すぐ上の上司とかにすぐ相談します。もちろん、ケアマネーや看護師とかも話しする機会はあります (B8)] [まず、先輩に (入所者) が悪くなったときにどう対応したらよいかとか、このような時にはどうしたらよいかとか(ききます)。何かあったら下に宿直の職員がいるから、すぐ呼べる (H6)]
	【家族や入所者からのサポート活用】	A12 C2 E8 G7	[他の入所者も一緒に部屋に行ってもらって歌を歌ったりとか、写真を飾ったりとか、今までの反省点を全部活かせると思うんですよね。家族も結構面会に来てくれて一緒に (G7)]
〈入所者のニーズの確認と共有に努める〉	【表情・身体の変化から推測】	A16 B6 B7 D7 D9 D11 D13 F1 F5 G14 H9	[表情でもそうですし、爪色一つでもそうですけど、入所者によって変化を気付かせるところが違って、この方は表情をみてほしい、この方は手の動きをみてほしいとか、この方は口がひらいていたらきついということかもしれないとか (D13)] [基本長く入所している方は、顔を見ると何となく伝わることもあるんですよね。毎日関わっているから、「あ、これは嫌いなんだ」とか、「これは好きなんだ」とかいうのも、やってみたら、わかるようになるんです (H9)]
	【生活史や好みの情報収集】	A15 C4 D14 E7 E12 F2 F3 H10 I2	[相談員が作るフェイスシートがあって、でもそれだけでなく、自分たち介護職員が聞き取りしようと思って、フェイスブックというシートを作りました。看取り期になったらほしい話せない言葉が減っていくけど、その時に昔の情報とか活かせるなと思って。フェイスシートとかでは看取りの話はないけど、いろいろ好きなもの、嫌いな食べ物とか、本人にも家族にも調べて。(C4)] [基本家族と強く関わろうとしていますね。生活相談員やケアマネーからの情報はごくごく限られてるんで。他の入所者、地元の人とかからも情報が入る時もあります (D14)] [この施設はわりと家族と積極的に関わりますね。本人の好みや望みをきくこともよくあります (E8)]
	【情報・知識の共有】	B10 B20 E13 E15 I5 I9	[この施設は看取り介護に関する委員会があって、「このような看取り介護をしました」「このような課題がありました」「こういうところを解決していきます」とかいろいろ報告をしたりするんです (B20)]
〈看取り介護にきちんと向き合〉	【死の受容】	D16 E3 E5 F9 G3	[慣れとは思いますが、人が亡くなっていくんだということを自分なりに考えるようになったというか、(中略) (D16)] [看取り介護だから、ある程度心構えはできてます。心の準備をするというか (E3)] [慣れるというのは何なんですけど、恐くなくなりますね。不安はあるけど (F9)]

い前向きにとらえる)	【責任感による克服】	A4 B4 B18 C6 D17	[入社してすぐ亡くなられた時は「辞めたい」「やりたくない」とずっと泣いていたけど、その時に主任に「入所者恐いって思いながら夜勤する、やりたくないと思う人に任せるのも恐い」と言われて、考えて頑張ろうと、なんか守れる立場でもあるんだなと考えて (C6)] [(介護職員として) 自分がやるべき仕事というか、後輩とかどんどんはいつてきますんで、自分がくらくらしていたりビクビクしていたらつまらないなと思って覚悟を決めましたね。冷静になろうと。今でもウウウと思う時ありますが、それを表にださないことで (D17)]
	【上司・同僚への相談】	C8 I12	[「恐い」と言ってくる後輩に、「私も恐いと思った時があったけど、逆に守れる立場でもあるんだなと気づいて、今までやってきました」と話しています (C8)] [(恐怖感を) 誰かに伝えます。皆来た時に同僚に話をして、アドバイスをもらったり (I12)]
	【やりがいや学び】	A8 B2 C9 D12 D15 E16 F8 G2 G12 H3	[(看取り介護は) ちょっと特別というか、普段やらないことをやるということもあって、看取り介護をやっている上で、今まで気づけなかったこととか、家族もすぐ来てくださるんで、情報も入って、自分たちの介護に対する思いというか、技術もそうですし、改めて学ぶこともあります (B2)] [なんか悲しいですけど、葬儀とかでしっかり別れをして、「人生で大事なことを学んだな」と思うし、最近亡くなった方には「介護の楽しさを教えてもらった」というか、感謝の気持ちがありますね。 (C9)] [最近やった看取り介護ですが、看取り介護をした中で一番関わったというか、悔いがなかったというか、亡くなったと言われて悲しいけど、やれることやったという気持ちで…、本当「お疲れさま」という感じでしたね。その人らしい (死) というか、多くの人に守られて、なんか乗り越えた感がありました。 (E16)]

3.2.1 〈看取り介護開始による過重負担〉とその対処方法

このカテゴリーは、【観察(巡回)や記録等の増加】、【家族とのやりとりの増加】、【他の仕事との両立の負担】の焦点的コードから生成した。

看取り介護が開始されると介護職員の間では看取り介護に関する計画が共有され、巡回の回数をはじめとした記録の様式や内容も変わり、業務が増えていた。そして、看取り期になると家族への連絡や説明をする機会が多くなり、家族とのやりとりが増加する。看取り介護が開始しても職員の増員はないため、[普段の介護以上に気を使い心身の疲労がたまる (H15)]ことになる。一方、リーダーである調査協力者Aは、看取り介護の時期には、[職員により細かく関わらないといけないという意識が生まれる (A18)]ため、こまめな巡回や記録等は、看取り介護を行う上で重要な業務として評価していた。さらに、家族とのやりとりに対しても[家族としっかりコミュニケーションをとらないと、看取り介護が成り立たない部分が多い (A7)]と考えており、家族の面会や付き添いを歓迎していた。

しかし、介護職員のなかでは[家族への説明は難しい (I6)]時があり、特養で行える医療行為は限られていることに家族が不満を抱いている場合は、家族とのやりとりに負担を感じることもあった (D5)。看取り介護の開始による過重負担のうち、【観察(巡回)や記録等の増加】、【家族とのやりとりの増加】に関しては直接的な対処法をとっているとは言えないが、観察(巡回)や記録、家族とのやりとりが質の高い看取り介護のためには必要であるという理解や認識をもっていることが確認された。

【他の仕事との両立の負担】については、看取り介護によって他の業務にしわ寄せが生じ、[流れ作業 (D18)]のように次々と仕事をこなさなければならない状況について指摘していた。そして、看取り介護対象者と他の入所者の双方への関わりが不十分になっているのではないかという意見も少なくなかった。これに対しては、職員の増員による過重負担の軽減を望んでいる回答者は少なくなかったが、看取り介護の開始による職員の増員はゆるされていない。そのため、主に【家族や入所者のサポート活用】をしながら、【職員間の協力・連携】するという〈看取り介護体制を整える〉ことで対処していた。例えば、見守

りを必要とする入所者を看取り介護対象者の部屋に連れていき、双方を一緒に見守ったり、昼間の余暇活動時間を活用して他の入所者に静養室に飾る絵を描いてもらったりしていた (G7)。家族が看取りのために滞在する場合には、見守り・付き添いを家族にしてもらうこともあった。また、上司や看護師に報告・相談しやすい雰囲気の中で、協力し合っていた (A20、B8、H6)。さらに、「気づき」や「思い」を共有するために、職員間の申し送りを徹底するなど、【情報・知識の共有】に努めていた (A20)。

3.2.2 〈医療サービスの提供に対する不安・負担〉とその対処方法

このカテゴリーは【容態の判断に対する不安】、【夜勤時の応急対応の不安】、【医療的知識・技術の不足感】の焦点的コードから生成した。回答者全員が医療的サービス提供に対する不安・負担を抱いていた。

【容態の判断に対する不安】は、看取り介護の経験が5回未満、介護福祉士の資格を持っていない職員が強く感じていた (H5、I8)。容態に変化があってもどんな状況であって、どのように対処したらよいか判断がつかない時が少なくなかった。さらに、以下の調査協力者Iの発言からは、容態の正確な判断ができない時に助けを求めることにさえ戸惑いがあることや吸引等の医療行為ができない職員が一人で看取り介護を行っている実態が確認された。さらに、経管栄養のグループで働いていて30回以上の看取り介護の経験をしてきた調査協力者Dでも、[正確にどこが痛くて、どこが嫌なのかわからない時がある (D8)]としていた。

[(喉から音がする時) ごろごろとしている時に自分で判断することは、経験年数も浅いし、吸引した方がよいのか、人を呼んだ方がよいのか、でも他の職員も他の仕事をし、自分じゃどうにもできないしというところで、できるかぎり、吸引とか自分ではできないので、ガーゼを濡らして口の中のタンを少しでも指でとったり (I8)]

【夜勤時の応急対応の不安】は、[医療的知識がもっとあればいい (C3)]とその必要性を訴え、[研修を受けても自分でやってよいのか (A3)]という戸惑いを示す【医療的知識・技術の不足感】と相まって、ベテラン介護職員と新人職員の双方が、一人夜勤時に多大な不安・負担を感じていることが確認された。特に、調査協力者Hのように看取り介護に関する知識や技術を取得できていない介護職員の不安感が高いことは容易に察せられる。

[全然看取り介護やったこともないし、何をすれば良いかわからないし、勉強してきたわけでもないし、すごく不安で、一人で夜勤とかあって、精神的にもきついですね。何かあったらと、ちょこちょこ確認しには行くけど、どんどん状態は悪くなっていくし (H2)]

[専門学校行ってないですね。ですから、何も勉強していないまま入って、急に状態が悪くなって看取り介護をやらうと言われて、とりあえずこのようなことした方がいいよと先輩に習って、見よう見まねで習った感じなんで。だから、しっかりやったという気にはならないですね。2回では慣れはしないですね (H4)]

これらの【容態の判断に対する不安】、【夜勤時の応急対応の不安】への対処方法は、ほとんどが【職員間の協力・連携】であった。つまり、看護職員・同僚に報告や相談をする、休日や夜勤時には看護職員に電話相談や呼び出しを求め、指示を仰いでいた。しかし、回答者の多くは、このようなオンコール体制ではなく、看取り介護を受ける入所者がいる間だけでも夜間に看護職員が勤務してほしいという意見を持っていた。

【医療的知識・技術の不足感】に対しては、Z特養では、定期的な研修、主に、看取り介護の実施後の事例検討会を行い、【情報・知識の共有】を重要視していた。さらに、Z特養には看取り介護に関する職員による小グループがあり、研修を職員自ら企画しており、Z特養の看取りの実情に見合う内容になるよう努めている。しかし、特養は365日休むことなく介護の仕事が続くため、職員の一部しか研修会に参加できないという実態があり、医療的知識や技術に関しては[研修では追いつかない(H20)]という意見もあった。

3.2.3 〈本人の意思やニーズの確認が難しい状況〉とその対処方法

このカテゴリーは【心身のニーズ把握の困難】、【不十分な本人意思の確認】、【看取りに関する話題提起の困難】の焦点的コードから生成した。

看取り期になると言葉を発することのできない入所者が多く、しかも、認知症等のためにコミュニケーションが難しく本人の意思やニーズの確認が難しい場合が少なくないが、回答者たちは〈本人のニーズ確認と共有に努める〉ことで対処していた。

具体的には、以下の調査協力者Dの発言のように、回答者の多くは看取り介護は普段の介護の延長線上にあるという認識のもと、【表情・身体の変化から推測】しようとしていた。

【表情でもそうですし、爪色一つでもそうですけど、入所者によって変化を気付かせるところが違って、この方は表情をみてほしい、この方は手の動きをみてほしいとか、この方は口がひらいていたらきついということかもしれないとか(D13)]

さらに、看取り介護が始まる前から、【生活史や好みの情報収集】を行っていた。Z特養は好みを確認するシートを独自に考案して、少しでもコミュニケーションがとれる間に、職歴、趣味、好きなもの、嫌いなもの、やりたいこと等の情報を収集していた。入所時からコミュニケーションがとれない場合は、家族から情報を得、記録に残していた。そして、看取り期になって心身のニーズ把握が難しくなった時に、事前に把握しておいた入所者の生活史や好みを尊重しようとしていた。例えば、静養室に本人が好きだった花や絵を飾ったり、歌を流したりして、個別ケアを心がけていた。

また、看取り介護加算の算定用の記録を取ることにとどまらず、共有のノートの作成、グループ間の話し合い、好み確認用のシートの共有、事例検討会などを行うことで、【情報・知識の共有】を図っていた。

死を迎える場所、延命治療等に対する本人意思の確認については、【不十分な本人意思の確認】が行われていることを認めながらも、上記の【生活史や好みの情報収集】以外に対処方法はもっていなかった。その理由として【看取りに関する話題提起の困難】を挙げている。まず、入所時から本人とはコミュニケーションがとれない状態が少なくないことや

看取りに関する本人の意思と家族の意向の確認は生活相談員または看護責任者が行うことが多いという現状がある。Z 特養では入所時に簡単な看取り介護に関する説明や書面での意思確認を行い、看取り期になってから再度本人の意思や家族の意向を確認していた。しかし、実態として看取り期になってからは、ほとんどが家族の意向が本人の意思に代わっている。さらに、介護職員は看取りや死についての話を普段の会話の際に切り出すことができずにいることも確認された。具体的には、[死は怖い、悲しい、暗いと思っているから（看取りに関する話を避けている）(E9)]、[亡くなるとかいうと、なんで亡くなることを聞くのと思われる入所者さんがいそう (G9)]という意見があった。

また、調査協力者 B は入所者本人の意思を把握することは重要であるとし、本人の意思確認の必要性についての職員の理解が先に必要であると強調していた。入所者本人の意思を確認することに対して、Z 特養の職員間の認識のズレがあることが推測できる。

[本人の意思を聞くためには、やっぱりその必要性を職員が理解することが先に必要ですよ。本人に最後までどういうふうにしたいかを聞くことが、いつかの看取り介護に反映されるというメリットを知ることとか。それを聞くことで、不愉快に思う家族や本人もいるかもしれませんが、ただそこをきちんと了承してもらうためには、やはり職員皆が本人の意思を前もって確認することの必要性を理解するところが重要ですね (B17)]

3.2.4 〈精神的負担〉とその対処方法

このカテゴリーは【入所者の死亡に伴う悲しさ】、【死・死者に対する恐怖感】、【介護する立場としての責任感】の焦点的コードから生成した。一人夜勤時の不安と緊張感をもっとも多くみられたが、〈医療サービスの提供に対する不安・負担〉のカテゴリーに含まれているため、このカテゴリーはそれ以外の精神的負担を示す。

介護職員は【入所者の死亡に伴う悲しさ】、【死・死者に対する恐怖感】、【介護する立場としての責任感】等の精神的負担をそれぞれに乗り越えようとしており、職員の中では自分なりに克服したという経験を持っていた。特に、調査協力者 A、B、C、D はグループリーダーだけに【責任感による克服】が対処方法として確認された。

まず、【入所者の死亡に伴う悲しさ】は、〈看取り介護にきちんと向き合い前向きにとらえる〉ことで対処していた。【死の受容】や【やりがいや学び】は、ほとんどの回答者が【入所者の死亡に伴う悲しさ】に対する対処方法として言及していた。

[なんか悲しいですけど、葬儀とかでしっかり別れをして、「人生で大事なことを学んだな」と思うし、最近亡くなった方には「介護の楽しさを教えてもらった」というか、感謝の気持ちがありますね。(C9)]

[最近やった看取り介護ですが、看取り介護をした中で一番関わったというか、悔いかなかったというか、亡くなったと言われて悲しいけど、やれることやったという気持ちで…、本当「お疲れさま」という感じでしたね。その人らしい(死)というか、多くの人に守られて、なんか乗り越えた感がありました。(E16)]

【死・死者に対する恐怖感】に対しては、看取り介護の開始とともに入所者が亡くなることについて心構えをし (E3)、看取る立場であることを認識して恐怖心をコントロールしようとしていた (C6)。恐怖心を後輩にみせたくないため冷静になろうと覚悟を決めた (D17) など【責任感による克服】の場合もあった。

さらに、看取り介護の経験が少ない時には、【入所者の死亡に伴う悲しさ】や【死・死者に対する恐怖感】を抱いたが、看取り介護の経験を重ねるにつれて、悲しさと恐怖感は減少する傾向がみられた。経験につれて不安は残っていても恐怖はなくなった (F9)、死を自分なりに受け入れた (D16) など看取り介護の経験につれて【死の受容】が行われていることがうかがわれた。

4 考察

本章は一箇所の特養についての事例研究であり、9人の介護職員からのデータを分析したため、一般化には限界がある。しかし、Z特養特有の看取り介護に関する実践であることを勘案しても、加算要件を満たして行われる看取り介護のプロセスや人員配置は他の特養と共通する部分が多いであろう。さらに、Z特養が加算要件をクリアして看取り介護に積極的な姿勢をもって取り組んでいる施設だからこそ、Z特養に関する調査結果は、介護職員の不安・負担に配慮した看取り介護の体制について示唆を与えるものとする。

分析の結果を踏まえて、介護職員の看取り介護の遂行上の困難・課題、対処方法を加算要件と関連づけて考察を行いたい。

Z特養は、住み慣れた特養で自分らしい最期を迎えたいと願う入所者の要望に寄り添おうとしていたが、介護職員は看取り介護の遂行上、多様な困難・課題をかかえていることが確認された。さらに、これらの困難・課題に対して介護職員はさまざまな対処方法で立ち向かっていた。

まず、看取り介護時のこまめな巡回や記録、家族とのやりとりを重ねることが、介護職員に〈看取り介護開始による過重負担〉をもたらしていることが確認された。これらには、主に職員間の協力・連携や、家族や他の入所者からのサポートを活用するという〈看取り介護体制を整える〉ことで対処している。しかし、その対処方法は、介護職員の過重負担の減少にはつながらなかった。巡回、観察、記録、職員間の連携や協議、家族への説明とサポートなどは、手厚い看取り介護のためには必要であるが、今のままの人員配置では、看取り介護加算算定のための業務が介護職員の心身に負担を与えるだけでなく、看取り介護対象者や他の入所者への介護の質の低下を招く可能性がある。実際に回答者は看取り介護を丁寧に行いたいと考えている一方で、他の入所者とかがかわる時間が少なくなることや業務のしわ寄せを心配していたし、看取り期の入所者にも他の入所者にも十分かわることができず、戸惑っていた。

このような介護職員の加重負担による葛藤を見過ごしてはならない。入所者の尊厳あるその人らしい特養内での看取りを目指すだけでなく、介護職員の不安・負担に配慮した体制整備を考えるのなら、看取り介護の対象者がいる期間だけでも看護師を配置する、介護職員を増員する、疾患の種類・有無に関係なく看取り介護を受ける入所者に対する訪問看護の利用を可能とする等の検討が急がれる。

〈医療サービスの提供に対する不安・負担〉は、看取り介護の経験や介護関連資格の有無に関係なく、回答者全員が戸惑いや不安を示している。特に【容態の判断に対する不安】、【夜勤時の応急対応の不安】に対しては、主に看護職員に電話をして、容態を報告・相談し、指示を仰いでいた。たしかに、Z特養には常勤の看護師が数名勤務しており、24時間の連絡体制が整えられているし、一部の介護職員は吸引等の医療行為に関する研修を受けていた。しかし、実際にはオンコール体制では対応しきれない場合が多々あることが確認された。夜勤には介護関連資格がなく、医療行為に関する研修を受けていない介護職員も含まれており、彼らの夜勤時の【容態の判断に対する不安】、【夜勤時の応急対応の不安】は、【医療的知識・技術の不足感】と相まって、不安や緊張などの精神的苦痛を生み出していた。つまり24時間連絡体制での〈看取り介護体制を整える〉という対処方法では限界があると言えよう。このような状況は、看取り介護加算を算定できる、施設基準を満たしているにも関わらず、発生していることに注目したい。

なお、加算要件には、介護職員の資質向上のために職員の研修が義務付けられているが、本調査で確認したように、過重負担や医療的サービスの提供への不安・負担の対処方法として、研修が十分に役立っているとは言えない。「研修をうける」ことで急変時の適切な対応を期待することは、入所者の生命や安らかな最期を脅かすことになりかねず、介護職員に「何もできずに見守ることしかできない無力感」(上村 2010)を招く可能性が高い。入所者への適切な判断や医療サービスの提供のため、そして介護職員の支援のためには、看取り介護を行っている期間だけでも看護職員を配置することや在宅療養支援診療所との連携をより積極的に取り入れることが必要である。

〈本人の意思やニーズの確認が難しい状況〉のうち、【心身のニーズ把握の困難】については、【表情・身体の変化から推測】する、また普段から本人の【生活史や好みの情報収集】を行い、看取り介護にそれらの情報を取り入れるなどの〈本人のニーズ確認と共有に努める〉ことで対処していた。しかし一方で、最期を迎える場所や延命治療の是非等についての本人の意思確認が不十分であった。このことに対して、明確な対処方法は確立できていなかった。介護職員は個別ケアを追求しているにもかかわらず、どこでどのように最期を迎えたいのかという本人の意思の確認に関しては話題を提起することさえ行おうとしていなかった。このような状況のように入所者本人が望む死に方に寄り添っているといえるだろうか。たしかに、看取りに関する本人の意思と家族の意向の確認は多くの場合、生活相談員や看護責任者が行うことが多く、介護職員による実践は少ないかもしれない。また、コミュニケーションがとれない入所者が多く、家族の意向に沿うしかない現状もあるだろう。

本章では、コミュニケーションがとれる本人に対しても、入所時や入所中に看取りに関する話を切り出しづらい雰囲気があることが確認された。さらに、調査協力者Bのような本人の意思確認の必要性についての職員の理解が重要であるという発言(B17)から、本人意思の確認の必要性を認識・理解していない職員がいることも推測できる。

上に述べたことはZ特養の特有の課題であるかもしれないが、介護職員における本人意思の確認の必要性について考えてみたい。日本老年医学会(2012: 2)は「認知機能低下や意識障害などのために患者の意思の確認が困難な場合であっても、以前の患者の言動などを家族などからよく聴取し、家族などとの十分な話し合いの下に、患者自身の意思を可能

な限り推定し、それを尊重することが重要」としながら、「この際、医師は家族自身の希望と患者の意向の代弁とを明確に区別する必要がある」とした。この「家族自身の希望と患者の意向の代弁とを明確に区別する必要がある」は医師だけでなく、もっとも入所者と関係が深い介護職員にも求められることではないだろうか。例えば、少しでもコミュニケーションがとれる時に、介護職員が本人の望む死の方について確認・記録し家族に伝えれば、家族の希望と本人の意思を調整する際に活用できよう。

さらに、日本老年医学会（2012：2）で「本人の意思の確認をより明確にするために、事前指示書などの導入を検討すべき」と提言しているように、自身の最期について本人の意思を明確かつ具体的に提示し、活用できる仕組みの構築が求められる。

最後に、〈精神的負担〉に対しては、【死の受容】、【責任感による克服】、【上司・同僚への相談】、【やりがいや学び】という〈看取り介護にきちんと向き合い前向きにとらえる〉ことで対処し、職員の個々人が看取り介護に伴う困難を乗り越えた経験をもっていた。看取り介護を積極的に実践してきたZ特養だからこそ、介護職員のさまざまな対処方法が可能になったものと考えられる。

〈精神的負担〉の中で、【入所者の死亡に伴う悲しさ】や【死・死者に対する恐怖感】は看取り介護の経験が乏しい時に抱きがちであるが、看取り介護の経験を重ねるにつれて、悲しさと恐怖感は減少する傾向がみられた。それは、看取り介護の経験を通して、【死の受容】ができ、仕事に【やりがいや学び】を得ることができたためであった。したがって、看取り介護の経験を重ねた介護職員は看取り介護の経験が少ない介護職員の悲しさや恐怖感に共感し、経験による精神的負担の軽減について助言することは、有効である。例えば、事例検討会や研修会で看取り介護や入所者の死に対する介護職員の悲しさや恐怖感等について理解し、共感しあうことも必要であろう。

一方、〈精神的負担〉に対する対処方法として、【責任感による克服】は調査協力者A、B、C、Dだけに確認された。グループリーダーとして、比較的看取り介護の経験も多い（10回以上）ベテランとしての前向きな姿勢としてとらえられる。

しかし、すでに言及したように、調査協力者全員が〈医療サービスの提供に対する不安・負担〉を感じている。つまり、ベテランの介護職員も〈医療サービスの提供に対する不安・負担〉に関連する精神的負担については、〈看取り介護にきちんと向き合い前向きにとらえる〉という介護職員自身の主体性だけでは限界があることを、再度明記しておきたい。

5 おわりに

本章では、加算要件を満たしている特養の介護職員9人を対象とし、半構造化面接法で、看取り介護の遂行上の困難・課題とその対処方法を調べた。

質的データ分析法によって分析した結果に対して、加算要件と関連づけて考察を行った。介護職員が看取り介護を行う上で生じる困難・課題は、〈看取り介護開始による過重負担〉、〈医療サービスの提供に対する不安・負担〉、〈本人の意思やニーズの確認が難しい状況〉、〈精神的負担〉が確認された。これらの困難・課題への対処方法は〈看取り介護体制を整える〉、〈入所者のニーズの確認と共有に努める〉、〈看取り介護にきちんと向き合い前向きにとらえる〉ことであった。

看取り介護を行うことによって、介護職員が一人の人間として、また専門職として成長する場面もみられたが、現在の加算要件における人員配置の基準は、看取り介護を行う介護職員の介護体制を配慮しているとは言いがたい。

特養における看取りが増加するなか、多くの介護職員は入所者と家族が望むのであれば最期まで特養で看たいという気概を持って、看取り介護を行っている。

今後質の高い看取り介護を目指すためには、介護職員の不安や負担の減少につながる介護体制を整備することが不可欠である。

【参考資料】 5章のインタビュー調査の項目

■Y法人Z特養の看取り介護の経験がある介護職員への調査項目

1. 看取り介護はどのように行われていますか。
(加算要件、看取り介護前後の業務の変化、急変時・臨終時の対応、看取り介護体制)
2. 看取り介護の経験（エピソード）を教えてください。
3. 看取り介護を行う上で不安または負担を感じたことがありますか。
4. 今お話しされた不安（または、負担）を、いかに対処していますか。
5. (今のところ、対処方法がない場合) どのようにしたら、どのようなサポートがあったら、不安や負担が解消されると思いますか。
6. 看取り介護を通じて、介護職員としての変化、成長、やりがいなどを感じたことはありますか。
7. 入居者の穏やかで自分らしい最期のために、工夫していることはありますか。
8. これまで行った看取り介護に対して、残念または後悔したことはありますか。
9. 介護職員歴、年齢、介護職員になった背景 など

(以上)

第6章 介護職員のターミナルケアに対する不安や負担と支援体制

1 研究の目的

2016年時点で、病院での死亡数は全体の7割以上を占めているが、将来多くの終末期患者を受け入れるために、新たな入院施設を整備することは困難である（山崎章郎 2018）。それどころか、医療・介護の給付費の急激な増加が見込まれるなか、政策的に医療費適正化が行われ、病床数は減らされつつある。つまり、多死社会では、老衰や末期がん等の終末期にある人々は、病院以外に死を迎える場所を確保せざるをえなくなった。このような社会的状況と、住み慣れた生活の場で最期を迎えたいと願う人も多いことが相まって、今後介護施設などで最期を迎える人が増加すると考えられる。実際に、2005年にはわずか2.8%であった介護施設における死の割合が、2016年には9.2%にまで伸びている。

しかしながら、介護施設が、人生の最終段階に安心して過ごし、日常の延長線上にある死を迎える場所になれるための十分なケア体制を構築しているとは言いがたい。

本章では、特別養護老人ホームで勤務している介護職員が、施設内でターミナルケアを行う上で生じる不安や負担とは何か、その不安や負担に対して介護職員が望むサポートとは何かを明らかにし、不安や負担の減少につながるサポート体制について検討する。

2 研究の方法

2.1 用語の定義

調査対象であるY社会福祉法人²⁷では、終末期にある利用者が施設内で死亡するまでの介護を、「ターミナルケア」という用語で使っている。それゆえ、調査のための質問紙を作成する際に、Y社会福祉法人の介護主任の助言を得て、ターミナルケアを、「利用者の方が、医師によってターミナル期（医学的に回復の見込みがない）と診断されたときから、（利用者と家族が施設で最期まで暮らすことを希望する場合において）最期までおこなうケア」と定義した。

なお、本調査における「ターミナルケア」は、看取り介護加算の算定ケースのみに限定しない。なぜなら、看取り介護を検討中に死亡した場合や、急変され死亡した場合など、算定の要件を満たしていないものの、利用者の死期が近いことを職員たちが認識し、安らかな最期を迎えることができるよう心掛けて介護したケースがあるためである。それゆえ、「ターミナルケア」を行うなかで入院し、病院で臨終するケースも含めることにする。

2.2 研究対象と調査の方法

調査はX県に所在するY社会福祉法人で勤務している介護職員の全員98名（特養85名、小規模多機能施設13名）を対象とし、質問紙調査を留置法で行った。

Y社会福祉法人で勤務している介護職員を調査協力者として選定した理由は、Y社会福

²⁷ 5章の調査対象と同一の施設であるため、Y社会福祉法人については、5章を参照されたい。

祉法人は、2006年時に看取り介護加算要件を満たして、入所者や家族の意向に寄り添って、看取り介護を行ってきており、現在勤めている介護職員の多くが、看取り介護またはターミナルケアの経験がある。それゆえ、よりリアルで豊富な回答が得られると考え、選定した。

調査は、2014年7月から8月にかけての約1か月半の間に実施した。筆者が質問紙と回収用封筒を準備し、Y社会福祉法人の介護主任を通じて、配付してもらった。また、回答の回収は、回答者が匿名で各自、回収用封筒に入れ封をし、回収袋に投入してもらった。

調査内容は、ターミナルケアの経験やターミナルケアに関する意識を11項目（死の直面経験、ターミナルケアの経験、初めてと経験後のケアとの変化、ターミナルケアの遂行上の不安や負担、不安や負担の解消法、望むサポート、やりがい、課題など）であった。さらに、不安とは感情的・精神的な恐怖や心配、緊張感のような心因性の気味の悪い心的状態とし、負担は力量を超えて重すぎる仕事や責任であるとし、不安や負担を分けて質問項目を造った。なお、属性に関する項目以外は、すべての項目に自由記述で回答するように構成した。

2.3 分析方法

属性に関する項目以外は、全て自由記述の回答であるため、まず、内容を要約した上で、カテゴリー化した。以下、カテゴリー名を表以外に表記する際には、〈 〉で、回答の内容は、「 」を用いた。また、カテゴリーの中の（ ）内は記述の数である。

2.4 倫理的配慮

調査協力者に研究目的・個人情報保護・データの取り扱い・同意取り消しの権利・発表の許可などについて口頭と文書で説明し同意を得た。また、データから調査協力者が特定、判別できないように、分析に関係しない箇所については省略もしくは改変している。

3 調査の結果

3.1 調査協力者の属性

調査協力者98名の中に91名から回答が得られた（92.8%の回収率）。有効回答は71個であった。

以下は分析対象者である介護職員のデータの説明である。

性別は男性16名（22.6%）、女性55名（77.4%）であった。年代は10代が6名（8.5%）、20代が16名（22.5%）、30代が17名（23.9%）、40代が11名（15.4%）、50代が16名（22.5%）、60代が5名（0.7%）であった。経験年数は1年未満が7名（9.9%）、1年以上3年未満が11名（15.4%）、3年以上5年未満が10名（14.1%）、5年以上10年未満が20名（28.2%）、10年以上が23名（32.4%）であった。ターミナルケアの経験有無については、「ターミナルケアの経験無し」は14名、「5回未満」は39名、「10回未満」は13名、「10回以上」は5名であった。

3.2 介護職員のターミナルケアに対する不安

ターミナルケアに対する不安についての質問に対して、何らかの内容を回答してくれたのは58名であった。その中、何らかの「不安あり」としたのは55名で、「不安なし」が3名であった。不安の内容として、〈適切な判断・対応への不安〉、〈夜勤時の適切な判断・対応への不安〉、〈死又は死人への恐怖・緊張感〉などが確認された（表36）。

〈適切な判断や対応への不安〉がもっとも多く言及されていた。具体的には、「ターミナル期に入った利用者の中には意思疎通ができない場合が少なくない」、「提供しているケアが本人に苦痛を与えているのではないか」、又「今何を望んで必要であるのかの判断が容易ではない」などの内容が確認された。

一方、「不安なし」の回答は、「経験が増えていく中で、対応にも慣れて以前より安心して行っている」、「ターミナル指針やながれができたことにより安心して対応できる」、「利用者に不安感情をもつことは失礼であると思う。プロであることを自覚し、取り組んでいる。」であった。

表 36 ターミナルケアに対する不安 (n=71)

区分	カテゴリー	内容の例
不安あり (55名)	適切な判断・対応への不安 (23回)	<ul style="list-style-type: none"> ・意思疎通が難しい利用者は、ニーズの把握が難しく、対応に不安を感じる。 ・医療行為について不安を感じる。 ・精神的なプレッシャーを感じる。
	夜勤時の適切な判断・対応への不安 (13回)	<ul style="list-style-type: none"> ・夜勤時、看護職の不在中、利用者が急変するか、不安である。
	死又は死人への恐怖・緊張感 (5回)	<ul style="list-style-type: none"> ・死又死人に直面することへの精神的な不安がある。
	ある (14回)	(「ある」だけ記入)
	その他 (4回)	<ul style="list-style-type: none"> ・家族が全く会いに来られないなど、非協力的な時に不安を感じる。 ・死がいつ訪れるかわからないので、すごく気にしてしまう。だからこそ一日一日を大切にしたいと思いながらケアしている。 ・精神的なプレッシャーを感じる。
不安なし (3名)	—	<ul style="list-style-type: none"> ・経験が増えていく中で、対応にも慣れて以前より安心して行っている。ターミナル指針やながれができたことにより安心して対応できる。 ・利用者に不安感情をもつことは失礼であると思う。プロであることを自覚し、取り組んでいる。
無回答 (13名)		

3.3 介護職員のターミナルケアに対する負担

ターミナルケアに対する負担については、何らかの内容を回答してくれたのは55名であった。この中で、「負担あり」としたのは48名で、「負担なし」が7名であった。負担の内容としては、〈夜勤時の対応と過重負担〉、〈記録〉、〈家族対応〉、〈死後ケア〉、〈業務増加〉が確認された。

もっとも多く言及されていた〈夜勤時の対応と過重負担〉は、「一人で夜勤する際に大変」や「夜勤時の看護職が不在であるため、医療的処置もしなければならない」、「一人での夜勤中に急変し、死亡した場合、死後ケアと他の利用者へのいつものケアの両立に負担を感じる」などの内容が確認された。

表 37 ターミナルケアに対する負担 (n=71)

区分	カテゴリー	内容の例
負担あり (48名)	夜勤時の対応と過重負担 (35回)	・一人での夜勤中に急変し、死亡した場合、死後ケアと他の利用者へのいつものケアの両立に負担を感じる。
	記録 (11回)	・記録などを細かくチェックや入力を行うこと
	家族対応 (9回)	・家族へ状態報告等が正確に伝えられない。 ・家族の要望と施設でできることに差があり負担を感じることがある。 ・家族の対応面会時間が不定期的に増えてくるため、挨拶や説明を行い、他の利用者の業務が後回しになってしまう。
	死後ケア (3回)	・死後ケアは経験がないので不安である。
	業務増加 (2回)	・普段の業務でも大変なのに、気を張りすぎてつかれがたまる。
	その他 (5回)	・最後の瞬間には誰が付き添いをしてあげたいと思うし、人員の問題で常時付き添うことができなく、改善していきたい
負担なし (7名)		
無回答 (8名)		

3.4 「ターミナルケアの経験」による不安の変化

ターミナルケアの経験有無については、「ターミナルケアの経験無し」は14名、「5回未満」は39名、「10回未満」は13名、「10回以上」は5名であった。

筆者は、ターミナルケアの経験を積むことによって、不安が変化する可能性があると考え、「初めてターミナルケアを行った時と最近（現在）のターミナルケアを行った時の心構えやノウハウに変化などありますか。」という質問項目を設けた。この回答を分析し、〈看取り介護に対する不安〉についての再検討を行う。

3.4.1 初めてのターミナルケア時の心得と対応

「初めてターミナルケアを行った時と最近（現在）のターミナルケアを行った時の心構えやノウハウに変化などありますか」という質問に対して、初めてターミナルケアを行った時の経験を回答してくれたのは25名であった。その中から、〈総合的判断・対応が不十分であった〉、〈死や死への恐怖・緊張感を感じた〉というカテゴリーが生成された。

その中で、〈総合的判断・対応が不十分であった〉は、具体的に、「身体的不調に意識がいきすぎている」、「最低限の業務を行うくらいだった」、「ただ決められたことを実施していくことで精いっぱいであった」などであった。

表 38 初めてのターミナルケアに対する心得と対応 (n=25)

カテゴリー	内容
総合的判断・対応が不十分であった (19回)	<ul style="list-style-type: none"> ・身体的不調に意識がいきすぎていた。 ・最低限の業務を行うくらいだった。 ・ただ決められたことを実施していくことで精いっぱい。
死又は死人への恐怖・緊張感を感じた (9回)	<ul style="list-style-type: none"> ・死に対して怖いなどの感情の方が強かった。 ・戸惑い、悲しくて向き合うことがあまりできなかった。
ある (2回)	(「ある」だけ記入)

3.4.2 ターミナルケアの経験を積んでからの心得や対応

ターミナルケアの経験を積んでからの変化については、「変化あり」と答えたのは、27名、「変化なし」は2名であった。さらに、「ターミナルケアを通じて得られたやりがいや成長感がありますか」や「ターミナルケアについての意見や考えを自由にお書きください」という質問の回答の中に、ターミナルケアの経験を通じての変化について意見を書いてくれた人が15名いた。したがって、計44名の回答を分析した。

ターミナルケアの経験を積んでからの心得や対応の変化があるとの回答から、〈総合的な判断・対応が可能となった〉、〈死や死人に対する恐怖が軽減し、受容するようになった〉、〈自分自身や家族の死と生を再考するようになった〉、〈看取りのやりがいを感じるようになった〉、〈ケアを振り返り、反省するようになった〉のカテゴリーを生成した。

もっとも多くあげられた〈総合的な判断・対応が可能となった〉は、「これまでの生活史を踏まえて居室の環境や好きだった音楽を流すなど、少し余裕が出てきた。家族への心配り等にも配慮できるようになった」などの内容が確認された。

さらに、〈死や死人に対する恐怖が軽減し、受容するようになった〉は、「死に直面することを自分なりに受け止め、利用者や家族への対応を考えるようになった」や「死に直面する仕事、死を迎える時期が近い方をお世話させていただいていることを改めて実感し、最後を迎える方にどうすれば不安なく、安らかにすごしていただけるのかを考えることができるようになった」などの意見がみられた。

また、職員自身又は家族の死と生への再考による専門職以前の間人としての成長が見られる場合もあり、家族でもできない最期を共できたという達成感ややりがいを感じるなど、ターミナルケアを通じての肯定的な学びがあることが確認された。

表 39 ターミナルケアの経験を積んでからの心得や対応の変化 (n=44)

区分	カテゴリー	内容
変化あり (42名)	総合的な判断・対応が可能となった (32回)	<ul style="list-style-type: none"> ・回数を重ねるたび、少しずついろんなことを学べた。本人の安楽を最後は願って、職員一同家族がここに預けてよかったと思うとくださるケアをしたい。 ・これまでの生活史を踏まえて居室の環境やすきだった音楽を流すなど少し余裕が出てきた。家族への心配り等にも配慮できるようになった。

	死や死人に対する恐怖が軽減し、受容するようになった (11回)	<ul style="list-style-type: none"> 人の死に対する考え方が変わった。自分の役割、立場を理解して不安はなくなった。 死に直面することを自分なりに受け止め、利用者や家族への対応を考える。死があるから命は重く尊いものだと考える。その命の重さをかみしめ、日々一瞬一瞬を大事に寄り添っていくことだと思う。 死に直面する仕事、死を迎える時期が近い方をお世話させていただいていることを改めて実感し、最後を迎える方にどうすれば不安なく、安らかにすごしていただけるのかを考えることができるようになった。自分の死についても考えるようになり、ひととしての成長を意識できるようになった。
	自分自身や家族の死と生を再考するようになった (7回)	<ul style="list-style-type: none"> ターミナルケアをとおして、自分自身の命の尊さ等を感じさせられた。命と向き合うことの大切さを学んでいる。 死と向き合う仕事、死から学ぶものが多く、自分の家族や自分の生き方等考える。
	看取りのやりがいを感じるようになった (5回)	<ul style="list-style-type: none"> 最期のお手伝いができることはやりがいを感じる。 最期を看取ることができたという達成感がある。
	ケアを振り返り、反省するようになった (3回)	<ul style="list-style-type: none"> もっとこうすればよかった等の気持ちになることも多い。 亡くなられる度に反省し、毎回違う方法で利用者に向うケアを考えるようになった。
	その他 (6回)	<ul style="list-style-type: none"> 身内の看取りをする時も落ち着いてできた。 終末期ケアの経験で成長することあるが、死に携わることは悲しくて辞めたくなる。
変化なし (2名)	変化なし	<ul style="list-style-type: none"> 常に全部不安、夜勤、人員不足で細かに観察できないこと、常に疑問を感じる。不安だらけ、つきっきりになれないため不安を感じる。 回数が少ないため、変化なし

3.5 介護職員のターミナルケアに関する不安の解消法

ターミナルケアに関する不安を解消する方法については、61名から回答が得られ、解消法は、大きく、職場内サポートと職場外サポートに分けてまとめた。

職場内サポートには、「同僚」、「先輩」、「職員間」、「上司」、「経験者」との話し合い又は相談するとの記述が多くみられた。

表 40 ターミナルケアに関する戸惑いや不安の解消法 (n=61)

区分	解消法詳細	回答回数	解消法詳細	回答回数
職場内サポート	同僚と話し合い・相談	33回	経験者と話し合い・相談	3回
	先輩と話し合い・相談	24回	終末期経験を積むことで解消	3回
	職員間の話し合い・相談	6回	研修	2回
	看護師と話し合い・相談	4回	利用者の家族との話し合い	2回
職場外サポート	情報収集	5回	友人	2回
	趣味	5回		
その他	解消できない2回 解消法なし1回			

3.6 介護職員が望むサポート

ターミナルケアに関する望むサポートは〈ターミナルケア時の職員増員〉、〈ターミナルケア時の体制づくり〉、〈研修・学習会〉、〈リーダーの指導〉、〈グループ間の話し合い〉、〈看護職の協力〉、〈夜間時の看護職の配置〉、〈静養室の充実〉があげられた。

Z法人は、年に1~2回の研修・学習会を行っているが、研修・学習会を望むサポートとしての記述も6回みられた。介護職員は終末期にある利用者の急変時の判断や対応について看護師への依存度が高く、看護師の協力や夜間時の配置を求める意見もみられた。

表 41 ターミナルケアに関する介護職員が望むサポート (n=42)

望むサポート	回答回数	望むサポート	回答回数
ターミナルケア時の職員増員	8回	ターミナルケア時の体制づくり	4回
研修・学習会	6回	リーダーの指導	2回
グループ間の話し合い	6回	看護職の協力	2回
夜間時の看護職の配置	5回	望むサポート特になし	3回
静養室の充実	5回	その他	13回

4 まとめと考察

本章では、Y 社会福祉法人に勤務している介護職員が施設内でターミナルケアを行う上で生じる不安や負担、不安や負担に対する介護職員が望むサポートなどを明らかにした。以下、調査の結果を踏まえながら、不安や負担の減少につながるサポート体制について考察する。

まず、Y 社会福祉法人は、看取り介護加算制度が施行された 2006 年以前から、入所者や家族の意向に寄り添って、ターミナルケアを行っており、加算制度が施行された当時から加算要件を満たしていた。そのため、現在勤めている介護職員のほとんどは加算要件を満たされた環境の中での看取り介護の経験がある。さらに、自主的にターミナルケアに関する職員の小グループがあり、研修・事例検討会等を企画し、全職員に看取り介護の質の向上や情報共有を図っている。

ところが、5 年以上の看取り介護の実践をしてきた施設にも関わらず、介護職員の大半がターミナルケアに対する不安や負担をもっていることが確認された。

不安については、〈適切な判断・対応への不安〉や、〈夜勤時の適切な判断・対応への不安〉、〈死又は死人への恐怖・緊張感〉、〈死又死人に直面することへの精神的な不安〉が確認された。さらに、負担については、〈夜勤時の対応と過重負担〉、〈記録〉、〈家族対応〉、〈死後ケア〉、〈業務増加〉、〈精神的緊張感〉が確認された。

一方、ターミナルケアの経験が重なるとともに、〈死又は死人への恐怖・緊張感〉は、〈死や死人に対する恐怖が軽減し、受容するようになった〉。また、〈適切な判断・対応への不安〉も、ターミナルケアの経験が重なるとともに、〈総合的な判断・対応が可能となった〉。

この結果から、ターミナルケアの経験が浅い職員に、情緒的サポート、適切な判断・対応ができるようなサポート体制が必要であることがうかがわれた。

さらに、このターミナルケアの経験の積み重ねを通じて、死の受容や死生観への関心の増大、ケアについての内省が行われたことを勘案すると、ターミナルケアの経験がある職員が、ターミナルケアを行った経験談や自身の変化について語る、事例検討会や勉強会を設けることも有効であると考えられる。

さらに、回答から不安や負担は深く関連しあっていることが推測された。例えば、〈夜勤時の適切な判断・対応への不安〉は、〈夜勤時の対応と過重負担〉と一緒に書かれていることが多かった。特に、夜間時の協力職員又は看護職の不在による業務の過重負担について回答したのが有効回答数の8割を占めていることから、何より重要な課題であると考えられる。具体的には、「一人で夜勤する際に大変」や「夜勤時の看護職が不在であるため、医療的処置もしなければならない」、「一人での夜勤中に急変し、死亡した場合、死後ケアと他の利用者へのいつものケアの両立に負担を感じる」などが確認された。

一人夜勤時の加重負担は、介護職員の知識を増やし、技能を高めることで、解消できる部分ではない。Z 法人には、看護職員との24時間連絡体制が整備されているが、夜勤時には看護職は勤務しておらず、終末期にある人を見守り、記録し、急変に対応しながら、他の利用者への介護もしなければならない。望むサポートの中にも、せめて終末期の入所者をケアする期間だけでも、介護職員又は看護職員の増員を求めており、より現場の状況に見合う人員配置やケア体制への検討が求められる。

終末期にある利用者や家族の意思や希望を尊重し、安らかなに最期を送ることができるためには、毎日寄り添っている介護職員の死の受容や適切な対応が何より重要であると考えられる。適切な対応ができるためには、十分な看護職の配置や終末期ケア体制（方針の明確化、連絡体制、協力体制など）が先に整えなければならない。

加えて、終末期にある利用者はコミュニケーションが取れない場合が多いため、終末期になってから最期をどこでどのようにむかえたいのかを確認しづらい。Y 社会福祉法人では、利用者が望む最期について、入所時と、終末期になってから確認しているが、それ以外の時期にも、利用者やその家族の意向について確認することが必要であろう。利用者や家族も心構えができ、話し合うきっかけとなりうるし、介護職員にとっても、戸惑いや不安の軽減につながると考えられる。なお、入所時から意思疎通ができない利用者も少なくないが、ご家族とともに、利用者の人生史や、本人の好みを踏まえて、終末期への希望について検討する必要があると考えられる。

【参考資料】 6章の質問紙

Y法人の介護職員の皆様

新緑の候、貴法人ますますご繁栄のこととお喜び申し上げます。
私は九州大学大学院で「施設におけるターミナルケア」についての研究を行っている
孔 英珠（コン ヨンジュ）と申します。

皆様にはお忙しい毎日だと推察いたしますが、このたび是非現場で務めている方々のご意見をきかせていただければと思っております。
何卒宜しく願いいたします。

九州大学大学院人間環境学府人間共生システム専攻
共生社会学コース 博士後期課程 2年 孔 英珠
ringgo77jp@yahoo.co.jp

この調査では「ターミナルケア」を「入居者の方が、医師によって「ターミナル期（医学的に回復の見込みがない）と診断されたときから、（入居者と家族が施設で最期まで暮らすことを希望する場合において）最期までおこなうケア」とにします。

1. これまで入居者の方の死に直面したことはありますか。
①ない ②1回～4回 ③5回～9回 ④10回以上
2. これまでターミナル期ケアを行ったことはありますか。
①ない ②1回～4回 ③5回～9回 ④10回以上

（ターミナルケアの経験をお持ちである方）

3. ターミナルケアを行う際に、どんなところに注意していますか。

4. 初めてターミナルを行った時と最近（現在）のターミナルケアを行った時の心構えやノウハウに変化などありますか。

5. ターミナルケアを行う際に、戸惑いや不安を感じたことがありますか。

6. ターミナルケアを行う際に、負担を感じる場所はありますか？
（例）記録、死後ケア、家族対応、夜勤 など

4. 初めてターミナルを行った時と最近（現在）のターミナルケアを行った時の心構えやノウハウに変化などありますか。

5. ターミナルケアを行う際に、戸惑いや不安を感じたことがありますか。

6. ターミナルケアを行う際に、負担を感じる場所はありますか？
（例）記録、死後ケア、家族対応、夜勤 など

7. その戸惑いや不安はどのように解消しますか。

(例) 同僚・先輩と相談、研修、仕事外の趣味活動 など

8. ターミナルケアを行う際の戸惑いや不安、負担の軽減のために施設内でどんなサポートを望みますか？

9. ターミナルケアを通じて得られたやりがいや成長感がありますか。

10. 施設（在宅）内の終末期ケア及び看取り介護を行う際の課題はなんであると思いますか？

最後に職員さんにご自身について伺います。あてはまるところに○をしてください。

- あなたの性別はなんですか？ (男 ・ 女)
- 年齢は次のどれですか？
(20代未満 ・ 20代 ・ 30代 ・ 40代 ・ 50代 ・ 60代)
- 職種は何ですか？ (介護職 ・ 看護職 ・ その他)
- 経歴（介護・看護職）は次のどれですか？（志摩会以外も含めて）
(1年未満・1年以上3年未満・3年以上5年未満・5年以上10年未満・10年以上)
- 保有資格は何ですか？（複数であれば、すべてに○をしてください）
(ヘルパー ・ 介護福祉士 ・ 看護師 ・ 看護助手
社会福祉士 ・ ケアマネージャ ・ その他)

誠にありがとうございました。^^ ♥

終章

現代の日本では、超高齢社会がもたらした多死化が進んでおり、人々の死に至るパターンが多様化した。2018年の人口動態統計をみると、昭和50年代後半から死亡数は増加傾向となり、2018年の死亡数は136万2482人で、全死亡数の7割以上が75歳以上の高齢者である。また、死因別にみると、死因順位の第1位は悪性新生物「腫瘍（がん）」（全死亡者136万2482人に占める割合27.4%）である。第2位は心疾患（高血圧性を除く・同15.3%）、第3位は老衰（同8.0%）、第4位は脳血管疾患（同7.9%）、第5位が肺炎（同6.9）となっている（厚生労働省2019）。がんなどの場合には、一般に死亡の数週間前まで認知機能や身体能力が保たれ、ある時点から急速に悪化し死に至る。一方、心臓、肺、肝臓などの慢性疾患の場合は、2年から5年にかけて増悪と緩解を繰り返し、数年かけてしだいに悪化する。認知症や老衰の場合には、5年以上の長期間にわたり徐々に認知機能や身体能力が低下する（樋口ほか2010；池上2017）。

したがって、今日必要とされる死を迎える場所は病院のみならず、死に至る多様なパターンに対応できるような、多様な終の棲家である。そして今後、自宅や介護施設などの生活の場で最期を迎える人々が増加することが想定される。さらに、終末期医療のみならず、病院死が大半であった時代には顕著でなかった、長期的な介護や生活支援、心理的ケア、家族ケアを、誰がいかにかに担うかについて検討することは、今日の日本において喫緊の課題となっている。

以上の現状を踏まえ、本研究では、生活の場で最期を迎える人やその家族に対する、地域住民、ボランティア、介護職員による終末期ケアの現状と課題を明らかにしてきた。具体的には、地域住民による見守り活動および高齢者サロン活動、在宅ホスピスボランティア活動、介護職員による介護施設での看取り介護およびターミナルケアをとりあげ、各々の担い手によるケア内容、担い手が直面している困難や課題、困難や課題を乗り越えるための対応策を調べた。さらに、ケア場面にかかわる複数のアクター間の関係、担い手が所属する組織や地域の特性、関連制度からの影響についても検討し、終末期ケアの担い手としての可能性や限界、役割について考察してきた。本章では、これまで分析や考察してきた内容から担い手間の共通点や相違点を整理し、超高齢社会に求められる終末期ケア体制のあり方について提言を行う。

1 終末期ケアの担い手としての地域住民の可能性

死の文化が失われ、死を身近なこととして考えていない人が多いなか、多発する孤立死は自身の最期の姿や死に方について考えさせられる出来事である。さらに、亡くなる瞬間に独りであることを防ぐこと以上に、人生の最終段階にいかにか孤立せずに過ごすことができ、支えられるかに関心が高まった。このような状況のなかで、近年、孤立死や社会的孤立を防ぎ、生活支援ニーズへの対応策として、地縁団体やボランティアによる生活支援活動に関心が寄せられている。

本研究では、地域住民が主体となって行っている見守り活動（第2章）や高齢者サロン

活動（第3章）に対する事例研究を行い、活動の内容、担い手が直面している困難や課題、それら乗り越えるための対応策を調べた。さらに、地域の特性、社会福祉協議会のCSWからの支援なども検討し、活動の社会的孤立防止への効果、地域住民の社会的孤立防止および生活支援活動の担い手としての可能性や限界などを考察した。

調査対象である城浜団地の住民の多くは高齢化の進行や孤立死の発生等で老後生活に対する不安を共有しており、その対処についても必要性を感じていたが、具体的に社会的孤立防止のためのネットワークの構築について検討し始めたのは、CSWが介入してからである。2年半にわたる定例会や相談会、講演会や研修会等の実施を通じて、住民たちは自ら地域の資源に見合った孤立防止策を探ることができた。

特に、城浜団地は、全ての世帯が町内会への加入を義務付けられていたことや居住歴が長く地域への愛着が強い人々がいたこと、住民全員が共同で行う清掃作業などがある点などの地域特性が、見守りの仕組づくりにおいて積極的に活用された。具体的には、地域のことをよく知っており、以前から自主的に地域の見守りをしてきた町内会長が町内の見守り活動のリーダーとなった。さらに、町内役員を中心に町内清掃作業時の安否確認、見守り対象者への訪問など、定期的に見守り活動を行うことで、町内役員を交代するまでの一定期間のみ定期的な見守り活動を行い、負担の軽減を図った。特に、リーダー的見守り活動者や定期的見守り活動者が過重負担にならないように、予め報告・連絡・相談の体制を整備しておいた。また、役員ではない人々は、日常生活の付き合いや地域の行事などで、自然に安否確認や声掛けを行った。いくつかの町内では、町内の事情に見合う集いの場が設けられ、例えば、高齢者サロンを始めた町内においては誰しも参加しやすいサロン活動になれるように、温かい雰囲気づくりやプログラムを心掛けていた。

このような城浜団地の見守り活動やサロン活動は、見守り対象者の社会的孤立を防ぐのみならず、見守り活動者や地域に対しても、さまざまなメリットがあった。見守り活動者自身の多くが高齢者であるが、活動を通して「見守られるニーズを有する当事者」としてだけでなく「地域課題に取り組む主体」として参画するようになった。さらに、見守り活動やサロン活動を通じて地域内で交流が広がり、見守り活動者自身もソーシャルサポートが得られやすくなった。延いては、地域における様々な住民層や団体が交流・協力しあうことによって、地域の新たなニーズが発見されたり、支え合い活動・関係に発展されたりした。

加えて、多くの住民が孤立死問題や見守りの必要性について理解が深まったことは、住民主体の活動を通じた重要な変化であり、成果であると考えられる。特に、城浜団地では見守り活動の開始後も孤立死は発生したが、見守りの仕組みができる前とは異なり、町内会長たちは孤立死を公表するようになった。孤立死を誰かの悲惨な最期として捉えるのではなく、地域で孤立死を防げなかったことを互いに悔しく思い、見守りの仕組みや対応について再度話し合うようになった。これは、より多くの人々に孤立死が他人事ではないことを自覚させ、自身の人生の最終段階の過ごし方や最期の姿について考えてもらうきっかけとなった。以上から、地域住民は、見守り活動やサロン活動を行う人材としての可能性を有しているのみならず、多死化が進む日本における死の文化、死生観について検討する際にケアの体験者としての経験、リアルな情報、議論の素材を提供することができると考えられる。

加えて、以上のような城浜団地の重層的な見守りの仕組は、CSW のサポートがあつてこそできたものである。CSW は見守りの仕組づくりを行う 2 年以上の間、住民との信頼し合える関係づくりを心掛け、定期的に城浜団地に訪問して、多様な相談を受けていた。さらに、地域住民が見守り中に異変を感じた時や緊急時に、すぐ連絡や相談をできるようにしていた。特に、住民のリスクに迅速かつ適切な対応ができるために、地域のスーパー、医療機関、介護事業所などの地域の人的物的資源を把握し、地域のリーダー達とつないでいた。また、見守り活動者が地域外の座談会や市民講座などで、発表や報告をする機会を設け、活動にやりがいや誇りを持てるよう努めていた。

住民主体の見守りの仕組、サロン活動の内容などは、地域のニーズや資源などを考慮し、地域に見合うものにするのが望ましい。それゆえ、城浜団地の見守りの仕組や見守り活動、サロン活動の現状と課題が他の地域にそのまま適用できるとはかぎらない。ただし、住民同士の見守りや支え合いでは解消できない課題に直面した際に、住民以外に誰がどのように支援するかについての情報や体系が明確でなければ、互助システムは住民の心身の負担につながりかねないことを見過ごしてはならない。

2 終末期ケアにおける担い手としてのボランティアの可能性

現代ホスピス・緩和ケアの母と呼ばれるシシリー・ソンドースは、1963 年の論文において、末期がんの患者には、身体的苦痛、精神的苦痛、社会的苦痛、スピリチュアルな苦痛があり、これらを全人的苦痛、トータルペインとした。これらの苦痛は、互いに深く関わりあっており、これらの苦痛に対応し患者や家族の QOL を高めることを、ホスピスケアの理念としている (ソンドース 2017)。本研究では、このようなさまざまな苦痛を有している終末期にある人やその家族を支える在宅ホスピスボランティア活動について事例研究をおこない、在宅ホスピスボランティア活動の内容、担い手が直面している困難や課題、困難や課題を乗り越えるための対応策を調べた。さらに、終末期にある人や家族との関係、組織の特性、医療機関や MSW からの支援なども視野に入れて活動を検討し、生活支援活動としての効果、ボランティアの終末期ケアの担い手としての可能性や限界などを考察した。

「手と手」の活動内容や在宅訪問活動の事例から、終末期にある人やその家族に、見守りや傾聴などの切実なニーズがあることが確認された。また終末期にある人は、病気を患っていても、障害を有していても、患者ではない生活者として楽しみたい、交流したい、何かに取りかかりたいという願いがあることが分かった。これらのニーズに対応するために、実際に「手と手」は主に二ノ坂クリニックが月 2 回開催しているデイホスピスで、参加者の送迎、軽食の準備、レクリエーションを行っている。また、終末期の人や家族の自宅に訪問し、談話や交流、外出支援、個別ニーズへの対応、家族に対する支援などを行っている。このような細やかな生活支援ニーズや情緒的ニーズなどは、公的支援・市場サービスでは対応できないことが多い。介護保険制度のもとで派遣されるヘルパーの活動は、サービス内容が標準化されており、さまざまな規制下におかれている。これに比べて、ボランティアは、患者や家族のニーズに合わせて、患者や家族の個々の事情や物語を尊重しながら、何が必要であるかを察し、対応することができる。そこでは、「手と手」のボランティア達の多くが身内の介護・看取り・死別の経験を有しているため、患者・家族の心身

の負担に関してより共感でき、それによってさまざまな活動に積極的に取り組んでいる可能性が高い。さらに、法律や制度に縛られていない任意活動であるため、活動の時間や内容を柔軟に変更できる。また、素人であるがゆえに、患者や家族の生活者としての楽しみや息抜きにつながる支援により重点をおくことができる。「手と手」はデイホスピスや在宅訪問活動を中心に活動しているが、デイホスピスの参加者が入院した時にボランティア達が見舞いに行くことがあり、さらに終末期にある人が亡くなってからも、その家族に遺族会を紹介したり、養成講座に誘ったりして関係が継続することもあった。

以上から、在宅ホスピスボランティアは、ボランティアならではの、素人・非専門職だからこそできる「生活者同士として患者・家族とふれ合う存在」であると言えよう。加えて、在宅ホスピスボランティアが個別ニーズに対応し、同じ生活者としてかかわるなかで得られた心身の不調に関する情報、心境の変化、治療に関する本音などを、医療福祉専門職と共有し、それによってホスピスケアの質の向上の一助となっていると考えられる。

他方、「手と手」は、多様な活動を行っているが、自発性を尊重する任意活動であるため、ボランティアの意思や力量によっては対応できない場合があった。具体的には、ボランティアが活動を拒否した場合、活動を強いることはできず、依頼があっても活動を希望するボランティアがいない場合は対応に困る。実際にその場合にはリーダー達が引き受け、かれらに過重な負担がかかることがあった。さらに、活動しているボランティアの大半は60代以上であり、身体的負担も考慮せざるをえないため、現在は夜間時や遠方からの依頼に対しては対応していない。また、ボランティアには、終末期にある人や家族にかかわること、特に在宅訪問活動に関しては、急変するリスクがあることを含めて、ハードルが高い活動という認識があった。

以上の非専門職による任意活動としての限界や課題に対して、「手と手」のリーダーやコーディネーターのTワーカーは活動の任意性やボランティアの意思を尊重し、活動を強いることを一切していなかった。むしろ、「手と手」では、患者や家族のためにだけ存在する組織にとらえず、ボランティア達の居場所の提供、仲間づくりを「手と手」の重要な活動として考えていた。その背景には、ボランティアの中に死別や介護の経験がある人が少ないため、ボランティア自らのグリーフワーク（悲嘆作業）として、「手と手」が発足されたということがある。

さらに、「手と手」の活動は、患者や家族の癒しの時間になるだけでなく、ボランティア同士の情報交換の場となったり、交流の場ともなったりしていた。例えば、デイホスピスは、経験が浅いボランティア達はデイホスピスで先輩のボランティアの言葉遣いやかかわりの姿を見ながら、患者や家族にどのように接すれば良いかを学んだりする。そして、デイホスピスでは、ボランティア達のみで準備するのではなく、医療福祉専門職、患者や家族が混じることもある。月例会では、ボランティア達は活動を振り帰りながら活動時の戸惑いや疑問を打ち明け、互いの考え方や対応策について意見を出し合ったり、今後の活動について話し合ったりするが、月例会の前後にボランティア同士で、料理、健康、趣味などプライベートな話が絶えない。

以上から、「手と手」の活動は、生活支援サービスを提供しながら、「関係づくり」を追求していることがわかる。すなわち、「手と手」は、組織運営や活動展開における限界や課題を容認し、活動を特別な取り組みとして無理に広めようとせず、活動を続けてきた。以

上から現時点では在宅ホスピスボランティアに、終末期にある人や家族に対する生活支援の担い手として大きな期待を寄せることには限界があると考えられる。むしろ、ボランティア自身のグリーンワーク、社会参加としての意味合いがあることを了解し、「生と死を分かち合う仲間づくり」として位置づける方が適当ではないかと考える。

最後に、素人・非専門職による在宅ホスピスボランティア活動が有する課題、つまり活動対象者（患者や家族）の確保、活動者（ボランティア）の確保、緊急時の対応、ボランティアの心身の不安や負担に対して、医療福祉機関との協働が重要かつ必要であることが確認された。現時点の日本においては、医療福祉専門職の方が刻々と変化する終末期ケアに関する情報や知識、技術を有しており、医療福祉専門職に対する患者や家族、ボランティアの期待や信頼が高いことなどを考えると、患者や家族、ボランティアの双方が安心して持続できる在宅ホスピスボランティア活動となるためには、医療福祉機関や専門職のサポートが必要かつ有効であることを強調しておきたい。

3 終末期ケアにおける担い手としての介護職員の可能性

高齢者の終末期では、慢性疾患や老衰、認知症などにより長期の要介護状態を経て死を迎える状況が多くみられ、余命予測や意思の確認が難しく、長期の生活支援が必要であるなど特有の課題がある（樋口ほか 2010）。今後さらに、介護職員が終末期にある高齢者の介護を担うことが予想される。本研究では、介護職員による終末期ケアの現状と課題を明らかにするために、Y 社会福祉法人の介護施設で行われている看取り介護およびターミナルケアの内容、介護職員が直面している困難や課題、困難や課題を乗り越えるための対応策、組織の特性、医療職からの支援などを調べた。具体的には、看取り介護の経験がある介護職員 9 人を対象にインタビュー調査を行い（第 5 章）、Y 社会福祉法人の介護職員 98 人にアンケート調査を行った（第 6 章）。

調査対象であった Y 社会福祉法人は、2006 年の看取り介護加算制度が施行される以前から、利用者やその家族の要望に寄り添って、施設内で終末期ケアを行ってきた。さらに、2006 年からは、終末期ケアに関する指針を定め、24 時間看護職員と連絡できる体制を整えた。また、職員研修時に終末期ケアに関するテーマを数回とりあげ、職員の知識・技術の向上に努めるなど、看取り介護加算の要件を満たした。つまり、Y 社会福祉法人は、施設内で最期を迎えたいと願う利用者やその家族の意思を尊重し、住み慣れた施設で安らかな最期を迎えることができるよう、努めている施設である。実際に、10 年以上の看取り介護やターミナルケアを実践してきたため、Y 社会福祉法人の介護職員の 6 割以上に看取り介護の経験がある。とはいえ、介護職員は、看取り介護およびターミナルケアを行う上で、さまざまな困難や課題を抱えていることが確認された。

終末期にある利用者をケアする際には、こまめな巡回、容態の観察や記録、職員間の情報の共有や協議、家族への説明とサポートなどが求められる。いずれも手厚いケアのために必要であり、Y 社会福祉法人の介護職員は丁寧に行いたいと考えていた。また看取り介護加算を算定する場合には加算要件を充たさなければならないため、介護職員は看取りに関する指針を守り、研修や事例検討を行わなければならない。Y 社会福祉法人の介護職員の中には、入所者の希望に沿って、住み慣れた施設で安らかに最期を迎えられるために、

寄り添いたいと考えている人が少なくなかった。しかし他方で、他の入所者とかかわる時間が少なくなることや業務のしわ寄せが起ることを心配していた。このような負担に対しては、主に職員間の協力・連携や、家族や他の入所者からのサポートを活用することで対処しているが、その対処方法は、介護職員の過重負担の減少にはつながらなかった。

次いで介護職員は、看護職員が勤務しない夜勤時に医療サービスを提供することに、強い不安や負担を感じていた。特に、終末期にある利用者の容態について判断が難しい場合や、容態が急変した場合には、看護職員に連絡し、容態を報告し、指示を仰いでいるが、このようなオンコール体制では対応しきれない場合が多々あることが確認された。介護職員の中には介護関連資格がない職員や、医療行為に関する研修を受けていない介護職員も含まれている。また、ケアの経験が浅い場合には、医療的知識や技術の不足と相まって、不安や緊張などの精神的苦痛を生み出していると推測される。このような不安や負担に対して、介護職員は終末期の入所者がいる期間だけでも看護師を配置し、介護職員を増員することを望んでいた。

以上から、介護職員が不安や負担を感じる現在の人員配置では、終末期にある利用者に対して、他の利用者に対して、介護の質が低下する可能性がうかがわれる。特に、「特養の配置医師は非常勤でよい」、「看護職員は入所者 100 人あたり 3 人を最低数とする」といった人員要件の再検討は必要である。今後質の高い終末期ケアを目指すためには、職員の増員や訪問看護・在宅療養支援診療所との連携を、制度的にバックアップすることが必要であると考えられる。池崎ら（2012）による研究では、嘱託医師に在宅療養支援診療所医師がいる場合、特養内死亡が多かった。在宅療養支援診療所の医師は、24 時間体制で夜間でも訪問可能としていることが多く、看取りまで関与していると推測される。さらに、現在では、末期の悪性腫瘍のみに対して、特養の利用者も医療保険の訪問看護の利用が可能であるが、今後は疾患の種類や有無に関係なく、終末期にある人が訪問看護を利用できるよう検討が急がれる。

また、どこでどのように最期を迎えたいかに関する本人の意思が分からない場合、終末期ケアを遂行するなかで戸惑いを感じる介護職員が少なくなかった。看取り加算を算定するためには、入所時に「終末期（急変）となった場合の看取りの方針」について、入所者や家族と書面で話し合うことが要件の一つとなっている。Z 特養でも入所時に、書面で最期についての意思確認を行い、看取り介護を開始する際に再度本人の意思や家族の意向を確認している。しかし、それは、希望する死亡場所、延命治療などの簡単で形式的な確認にとどまっている。さらに、実態として、家族の意向が本人の意思に代わっている場合がほとんどである。その理由として、入所時に「死」の話を持ち出すことで本人や家族に不愉快な思いをさせる可能性から、詳しく話し合うことを避けていることが確認された。また、入所時から本人は認知症や寝たきり状態で、理解能力が低下している場合が少なくないため、終末期の自己決定について話し合うことができない。また、死に場所、延命治療の有無、望む終末期ケアについての本人や家族の意向は、非常に揺れやすく、入所時の取り決め通りになることは少ないため、変化が見られる都度、話し合うことが必要であることがうかがわれた。

しかしながら、本人の意思確認をする上でさまざまな困難があるとしても、本人の意思を抜きにして、質の高い終末期ケアが実現できるだろうか。調査協力者の介護職員からは、

本人の意思に代わって、家族の意向が確認されることについて「仕方ない」と受けいれている様子が見られた。さらに、介護職員は看取りや死についての話を普段の会話の際に切り出すことができずにいることが確認された。また、最期に関する本人の意思確認は生活相談員や看護責任者が行う業務であると認識しているとの語りもあった。加えて、死に対する忌避感が背景にあることや、どのように最期について話をすればよいか分からないという場合もあった。一方、介護職員は、死に場所や延命治療についての意思確認は行わないものの、職歴、趣味、好きなもの、嫌いなもの、やりたいこと等の情報を収集し、少しでも本人らしい最期になるよう、取り組んでいた。たとえば、静養室に本人が好きだった花や絵を飾ったり、歌を流したりして、個別ケアを心がけていた。また、看取り介護加算の算定用の記録を取ることにとどまらず、共有のノートの作成、グループ間の話し合い、好み確認用のシートの共有、事例検討会などを行うことで、利用者の情報や知識の共有を図っていた。介護職員は、他の職種に比べて、利用者ともっとも近くでふれあえるため、最期についての利用者の本音が聞ける可能性が高いと考える。介護を行う中で最期についての話題を切り出して確認し、それらを記録し家族に伝えれば、家族の希望と本人の意思を調整する際に活用できよう。

最後に、入所者の死亡に伴う悲しみや、死または死者に対する悲しみや恐怖感などの精神的負担感を抱くことが少なくないが、そうした精神的負担感は看取り介護の経験を重ねるにつれて減少する傾向が見られた。それは、看取り介護の経験を通して、死の受容ができ、終末期ケアを通じてやりがいや学びを得ることができたためであった。したがって、看取り介護の経験を重ねた介護職員が看取り介護の経験の少ない介護職員の悲しさや恐怖感に共感的になり、経験による精神的負担の軽減について助言することは、有効であると考えられる。

4 超高齢社会に求められる終末期ケア体制

本節では、地域住民や在宅ホスピスボランティア、介護職員による終末期ケアの現状と課題に関する相違点や共通点を踏まえ、終末期ケア体制を構築する際の実務上の可能性や限界を整理し、超高齢社会に求められる終末期ケア体制のあり方について提言する。

地域住民や在宅ホスピスボランティア、介護職員には、住み慣れた生活の場で療養し、最後を迎える際に生じる生活支援ニーズ、情緒的ニーズ、家族のニーズに対応する非医療職という共通点がある。また本研究では、地域住民や在宅ホスピスボランティア、介護職員は、生活支援サービスの提供者以外の可能性も有していることが確認された。

かれらの共通点として、第一に、終末期にある人やその家族の多様なニーズを察し、顕在化することができる、という点が挙げられる。介護職員は職務として終末期にある人を支えるため、介護保険制度や施設方針などの規制下におかれている。それでも、看取り介護が始まる前から利用者にかかわり、生活史や好みの情報を持っており、言葉でもコミュニケーションが取れない場合にも表情や小さな仕草で心身の状態を把握できることがある。それゆえ、生活の延長線上にある死が間近に迫ったとき、本人の意思や希望を推測し、少しでも安らかに自分らしい最期を迎えることができるように家族や他職種に情報を共有することができる。一方、地域住民や在宅ホスピスボランティアは、法律や制度に縛られて

いない任意活動であるため、より活動の時間や内容を柔軟に変更できる。また素人であるがゆえに、ケアされる側の生活者としての楽しみや息抜きにつながる支援により重点をおいてかかわることができる。ただし家族は介護を優先して、対応しきれない場合がある。また、家族や友人は患者の疾病や治療に関心を寄せてしまい、少しでも病気や苦痛とは無関係な関わりをもちたいと思う患者の願いとは裏腹に、患者と心配や気遣いの関係になりがちである。そして医療福祉職員は限られた時間の中で、決められた業務に追われているというのが現実である。これに比べて、同じ生活者としてかかわる地域住民やボランティアは、患者や家族の個々の事情や物語を尊重しながら、何が必要であるか察し、対応することができる。日本のホスピスケアの先導者である柏木（1978）は、終末期にある人や家族を支える際に、主治医や看護職、ソーシャルワーカー、牧師、精神科医などの多職種がチームを組み、患者や家族に対して「配慮的人間関係（caring relationship）」を作ることが重要であるとしている。「配慮的人間関係」とは、本人や家族の「必要を探る過程で、care というものが媒介となって生まれてくる関係」（柏木 1978: 3）であるとし、「配慮的人間関係」を作ることによって、その人の必要を知り、その必要を満たすことのできるとしている。その理由として、患者や家族の必要を知るためには、病気についての受容能力、体力、性格、家族関係、社会的背景などを理解することが非常に役立つが、患者や家族はケアする人によって「見せる顔」が全く違う場合があり、1人では患者や家族の「真の必要」を知ることが難しいためであるとしている。複数の人が患者や家族と「配慮的人間関係」を作り、その多様な関係から得られた情報や意見を総合的に検討することで、患者や家族をより理解でき、ニーズを満たすことができるとした。柏木が提言した患者や家族と「配慮的人間関係」を作りやすいのが地域住民やボランティア、介護職員ではないだろうか。本研究の在宅ホスピスボランティア活動の事例研究では、自宅で療養する終末期にある人やその家族には、傾聴、交流などの情緒的ニーズ、保護者の外出時の見守りなどの生活支援ニーズがあることが確認された。また、終末期にある人に、死亡前にやり残したことを終わらせたいという願いや、病者や患者ではない生活者として楽しみたい、何かに取りかかりたいという望みがあることがうかがわれた。これらの生活支援ニーズが充足されるか否かは、終末期にいる人々のQOLに大いに影響するとともに、心身の調子にも影響を及ぼす可能性があるにもかかわらず、後回しにされがちである。したがって、地域住民やボランティア、介護職員はこれらの個別ニーズを顕在化して対応したり、家族や医療福祉専門職に代弁したりすることで、終末期ケアの質の向上に貢献することが期待できるだろう。

第二に、地域住民やボランティア、介護職員は、生活の場で最期を迎える人やその家族を身近で支える存在として、生活の場における終末期ケアについて事実に基づいた情報や議論の素材を提供することができる。

住み慣れた自宅や介護施設で最期を迎えることが自分らしいやすらかな最期を意味することではない。生活の場で最期を迎えることについては、医療専門職であっても、人生の経験が豊富な年配の人であっても、経験が乏しいなか、終末期にある人や家族を支える地域住民やボランティア、介護職員は、生活の場で自宅や介護施設で最期を迎えることはいかなることか、質の高い終末期を過ごすためには何が必要であるかなどについて教えることができる。

近年、死に方について本人や家族が自ら思い悩み、選択する役割を果たす時代となったにもかかわらず、死が日常から遠ざかっている今日の日本社会では、死に方についての話し合いの必要性自体が理解されていない場合も少なくない²⁸。しかし、今こそ、いかに死に至るか、いかなる終末期ケアの選択肢があるかなど、社会の変化や実態を知る必要がある。そうでなければ、戦後の死の病院化ないし医療化のなかで、終末期の判断や選択を医療職に委ねてしまったのと同様に、今後は死の脱病院化のなかで、「住み慣れた場で最期を迎えることが望ましい死である」という規範が生み出される可能性がある。延いては、質の高い終末期ケア体制を整備しないまま、質の低い自宅死、施設死を自分の意思と関係なく余儀なくされるリスクさえある。これは、戦後の「病院死の方が世間体が良い」、「終末期のことは医療専門職に任せるべき」などと同じく、終末期にある人のQOLや主体的に選択する権利が尊重されないことであるとともに、人々を不安や絶望に陥れ、家族に過重負担感を強いることにつながりかねない。

以上から、近年の死の脱病院化の状況が、医療職から死に方の選択権を本人に取り戻すチャンスになるか、人々の意思とは関係なく進んでいくのかは、より多くの人々が死をめぐる今日の問題に向き合い、そして話し合うことにかかっていると考える。終末期にある人やその家族を支える地域住民やボランティア、介護職員のリアルな経験談や意見は、人々の自分の終末期の過ごし方を考える際に有用な情報となるとともに、質の高い終末期ケア体制を構築する際に、重要な手がかりとなるにちがいない。

厚生労働省は、このような人生の最終段階におけるケアに関する話し合いを、自分自身で考えたり、信頼する人たちと話し合ったりすることを「ACP：アドバンス・ケア・プランニング；これからの治療やケアに関する話し合い」とし、広めようとしている（厚生労働省 2018）。このような事前に話し合いをすることは、自分の意思が表せなくなった時でも本人の価値観や人生観が尊重されるのに役立つ。特に、本人の意に添わない延命措置を受けないためには、このような話し合いを踏まえて、終末期医療における事前指示書（リビングウィル）を作成しておくことが推奨されている。さらに、本人に代わって死に方の選択をせざるを得ない時に、本人の考えを想像して、不確かなまま決めざるをえない家族などの気持ちの負担が軽くなるという利点がある。

ただし、死をめぐる希望や選択は、本人やケアする側の状況や意識の変化により揺れやすいことであるため、繰り返し行うことが有効である。さらに、必ず終末期ケアに関する話のみならず、死についての不安や恐れ、疑問などを打ち明けたり、遺族や終末期ケアの経験者の話をきいたり、死生観をめぐる話し合ったりなど、様々な死をめぐる語り合いを重ねることが必要である。

²⁸ 『人生の最終段階における医療に関する意識調査』によれば、人生の最終段階における医療・療養について、これまでに考えたことが「ない」と回答した人（n=973）が37.4%に達していた。さらに、「死が近い場合に受けたい医療・療養や受けたくない医療・療養」について、家族や医療介護関係者と話し合ったことが「ない」とした人（n=973）が55.1%であった。家族や医療介護関係者と話し合ったことがないと回答した者（n=536）において、話し合ったことがない理由は、「話し合うきっかけがなかったから」が56.0%で最も多く、次いで「話し合う必要性を感じていないから」が27.4%であった。

表 42 終末期ケアの現状と課題の担い手間比較

区 分	地域住民による 見守り活動・サロン活動	ボランティアによる 在宅ホスピスボランティア活動	介護職員による 介護施設での看取り介護 ・ターミナルケア
ケアの 対象者	相違点 <input type="checkbox"/> 狭い範囲では、見守り対象者、見守りが必要な人、社会的孤立のリスクがある人 <input type="checkbox"/> 広い範囲では、地域の全ての住民	<input type="checkbox"/> 狭い範囲では、自宅で療養している終末期にある患者やその家族 <input type="checkbox"/> 広い範囲では、終末期にある患者やその家族、高齢者、難病患者、がんサバイバー、遺族など	<input type="checkbox"/> 狭い範囲では、看取り介護・ターミナルケアを受ける入居者とその家族 <input type="checkbox"/> 広井範囲では、全ての入居者やその家族
ケアの 内容	共通点 <input type="checkbox"/> 生活支援（見守り、談話・交流、外出援助など） <input type="checkbox"/> 情緒的支援（談話、交流、傾聴）		
	相違点 <input type="checkbox"/> 地域住民の社会参加の機会、活動の場を提供 <input type="checkbox"/> 地域のソーシャルネットワークの拡大 <input type="checkbox"/> 支え合い活動	<input type="checkbox"/> ボランティアの居場所・活動の場を提供	<input type="checkbox"/> 身体介護 <input type="checkbox"/> 死後ケア <input type="checkbox"/> こまめな記録 <input type="checkbox"/> 担い手間の情報共有や業務の調整が重要
終末期ケアを 行う上での 困難・課題	共通点 <input type="checkbox"/> 死者・死への恐怖・不慣れ		
	相違点 <input type="checkbox"/> 活動中のトラブル、緊急時の判断・対応・責任問題 <input type="checkbox"/> プライバシー問題 <input type="checkbox"/> 担い手の不足 <input type="checkbox"/> 活動の持続性	<input type="checkbox"/> 活動中のトラブル、緊急時の判断・対応・責任問題 <input type="checkbox"/> 守秘義務の徹底 <input type="checkbox"/> 活動の持続性	<input type="checkbox"/> 医療ケアへの不安・負担 <input type="checkbox"/> 看取り介護開始による過重負担 <input type="checkbox"/> 一人夜勤時の不安・負担
課題を乗り越える 方策	共通点 <input type="checkbox"/> 担い手間の共感・情緒的支え合い <input type="checkbox"/> 連絡・相談・報告体制の整備 <input type="checkbox"/> 担い手としての成長	<input type="checkbox"/> 勉強会・事例検討会 <input type="checkbox"/> 医療福祉専門職からのサポート <input type="checkbox"/> ケアのアクターとの関わりから得られる喜び	
	相違点 <input type="checkbox"/> 地域に対する愛着	<input type="checkbox"/> ボランティア活動の限界を認定し、自発性を尊重	<input type="checkbox"/> 責任感
連携・協働 している 他の担い手	共通点 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 医療福祉専門職（看護職員、医師、MSW、CSW など）		
	相違点 <input type="checkbox"/> CSW <input type="checkbox"/> 地域の医療・福祉機関、スーパーなどのお店、学校	<input type="checkbox"/> 医療職員 <input type="checkbox"/> MSW <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 他のボランティア団体	<input type="checkbox"/> 医療職員 <input type="checkbox"/> 生活相談員
終末期ケアに おける 可能性・役割	共通点 <input type="checkbox"/> 情緒的ニーズへの対応 <input type="checkbox"/> 生活支援ニーズへの対応 <input type="checkbox"/> 潜在的ニーズへの気づき <input type="checkbox"/> 生と死を分かち合う仲間づくり <input type="checkbox"/> 個別ケアを通して QOL および QOD の向上		
	相違点 <input type="checkbox"/> 担い手の社会参加 <input type="checkbox"/> 担い手の死の準備教育 <input type="checkbox"/> ケアのネットワークの増大 <input type="checkbox"/> 生活者同士の患者・家族とのふれ合い <input type="checkbox"/> 地域の潜在的ニーズの発見	<input type="checkbox"/> 担い手の社会参加 <input type="checkbox"/> 担い手の死の準備教育 <input type="checkbox"/> ケアのネットワークの増大 <input type="checkbox"/> 生活者同士の患者・家族とのふれ合い <input type="checkbox"/> 終末期にある人や家族の潜在的ニーズの発見	<input type="checkbox"/> 最期についての本人の意思確認 <input type="checkbox"/> 本人と家族の話し合いの場や機会の提供 <input type="checkbox"/> 死についての教育者

一方、終末期ケアを行う上での困難や課題の共通点として、いずれも、死または死者への恐怖や緊張感、死別の悲しさなどの精神的・心理的負担感を抱いていたことが挙げられ

る。それは、死が病院化ないし医療化された今日、非医療専門職である担い手達にとって、死にゆく過程や生活の場における終末期ケアに不慣れであることが理由として挙げられる。さらに、ケアする側は単なるサービス提供者ではなく、ケア関係から影響される生身の人間である。それゆえ、終末期の人やその家族に寄り添うなかで、ケアされる側の全人的な苦痛や切実なニーズが深く伝わり、ケアする側も悲しさや辛さ、対応しきれないときの無気力感などを感じることもある。これらは、ケアする側が抱く自然な感情であるともいえるが、精神的・心理的負担感、相当なストレスにつながる可能性や、ケアの意欲を低下させる可能性があるため、看過することはできない。

本研究の結果からは、死または死者に対する恐怖や緊張感、死別の悲しさは、終末期ケアの経験を重ねることによって、減少する傾向がみられた。その理由として、終末期にある人や家族を支える経験を通して、生と死への内省が行われ、死を受容するようになるということが確認された。さらに、担い手同士がそれらの精神的・心理的負担感に共感し合うことや、勉強会や事例検討会などを通してケアを十分に振り返りながら気持ちを整理することが、精神的・心理的負担感の軽減に有効であった。今後自宅で最期を迎える人が増えるとともに、終末期ケアを行う訪問介護員、ボランティアがより増加するであろう。自宅で行う終末期ケアは、個々の担い手が単独でケアする場合には、担い手の死や死者に対する恐怖や緊張感、死別の悲しさが十分解消されない可能性がある。ケアする人が常に相談できる連絡体制を整え、チームアプローチで対応するとともに、仲間同士の集いの場、終末期ケアに関する知識や技術を高められる学びの場を設けることが重要と考えられる。

以上から、超高齢社会に求められる終末期ケア体制は、生活の延長線上に死があることに注意し、生活支援ニーズや情緒的ニーズに対応できる多様な担い手の確保し、対応できる体制である。つまり、生活支援を担う非医療職もケアチームの一員として位置づけるべきであり、また非医療職が終末期の人や家族と「配慮的人間関係」をつくりやすいことや、様々な情報やニーズに気づきやすいことなどを踏まえ、地域住民やボランティア、介護職員のような非医療職の意見を尊重すべきである。

加えて、現在の日本においては、死の脱病院化やケアの社会化が進められているものの、過渡期であるため、終末期にある人や家族、非医療職の担い手が医療福祉専門職に依存している部分が多いように見受けられる。したがって、終末期にある人や家族やケアの担い手、多様な社会資源を調整できるコーディネーター役を医療福祉専門職が引き受けることが、ケアする側とケアされる側双方が安心してケア（活動）を行うために有効であると考えられる。本研究では、地域住民による見守り活動やサロン活動についてはCSWが、在宅ホスピスボランティア活動についてはMSWが、介護職員には看護職が、終末期にある人やその家族に直接に働きかけるとともに、多職種や社会資源を仲介したり、調整したりしていた。特に、医療福祉専門職がコーディネーター役を果たすことは、単に医療職がリーダーとなつて、医療職と非医療職でケア内容や役割を明確に区分し、ケアの効率を上げるために業務連絡をこまめに行うことではない。現時点で必要な協働とは、生活の場で終末期を過ごすことや死そのものへの無知と不慣れによって、ケアする側もケアされる側も不安や戸惑いを抱えていることに共感的理解を示し合いながら、医療職や非医療職が担い手別の可能性や限界を認めるチームとして、終末期にある人の意思や希望に最大限寄り添うことである。

5 おわりに

今後の日本社会は、多死化とともに、死の脱病院化が加速化するであろう。今こそ、終末期ケアを誰がいかにかに担うかについて、本人と家族、医療・介護関係者だけではなく、国民全員が議論する時期であると考えられる。特に、住み慣れた場所で、生活の延長線上にある死を迎えるためには、病院死が大半であった時代には顕著でなかったような、終末期の人に必要な介護や生活支援、精神・心理的ケアを、誰がいかにかに担うかを検討することが重要である。本研究で検討してきたように、地域住民、ボランティア、介護職員は、それぞれの担い手としての可能性や強みを有している。また、ケアを行う上で限界や課題もかかえている。そのため、各々の担い手の強みや限界を認め合いながら、多様な担い手が協働することで課題を乗り越え、質の高い終末期ケアを目指すことが求められる。

最後に、本研究における限界と課題をふれておきたい。相互行為としてのケアを検討してきたが、ケアする側の視点やデータに偏っていた。また、終末期にある人やその家族のニーズのなかにはスピリチュアルペインがあるということが、死別の経験のあるボランティアの語りから確認されたにもかかわらず、本研究では、スピリチュアルペインや支援策については明らかにすることができなかった。これらを今後の課題としたい。

参考文献

- 阿部彩, 2014, 「包摂社会のなかの社会的孤立—他県からの移住者に注目して」『社会科学研究』65(1): 13-29.
- 相澤出, 2010, 「在宅ホスピケアという選択——看取りの現場の経験談が示唆するもの——特集 死と看取りの社会学——その問題圏」『社会学年報』39: 15-25, (2017年3月15日取得, https://www.jstage.jst.go.jp/article/tss/39/0/39_15/_pdf/-char/ja).
- 安心生活創造事業推進検討会, 2012, 「見直しませんか 支援のあり方・あなたのまち ～安心生活を創造するための孤立防止と基盤支援～安心生活創造事業成果報告書」(2013年5月20日取得, https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/anshin-seikatu/dl/houkoku_2408.pdf).
- 網野博之, 2010, 『在宅死のすすめ 生と死について考える14章』幻冬舎ルネッサンス.
- Daly, Mary, ed., 2001, *Care Work: The Quest for Security*. Geneva: International Labor Office.
- 後藤澄江, 2012, 『ケア労働の配分と協働—高齢者介護と育児の福祉社会学—』東京大学出版会.
- 橋本鉦市・石井美加, 2004, 「ボランティアと自己実現の社会学——その接合にいる言説・政策・理論・個人」『東北大学大学院教育学研究科研究年報』53(1): 87-119.
- 林孝之, 2011, 「サロンにおける高齢者のつながりと支え合いの形成過程—A市B地区サロン参加者インタビューから—」『北星学園大学大学院論集』2: 17-27.
- 樋口 京子・杉本 浩章・近藤 克則・篠田 道子, 2010, 『高齢者の終末期ケア—ケアの質を高める4条件とケアマネジメント・ツール』中央法規.
- 平井寛・近藤克則, 2010, 「住民ボランティア運営型地域サロンによる介護予防事業のプロジェクト評価」『季刊・社会保障研究』46(3): 249-63.
- 保田真希, 2013, 「ケアの社会化と代替をめぐる論点」『教育福祉研究』19: 37-48.
- 広井良典, 2010, 『ケアを問いなおす——〈深層の時間〉と高齢化社会』筑摩書房.
- 広井良典, 2013, 『創造的福祉社会——「成長」後の社会構想と人間・地域・価値』筑摩書房.
- 福岡市社会福祉協議会, 2014a, 『見守りの仕組みづくりマニュアル』福岡市社会福祉協議会. ———, 2014b, 『地域福祉ソーシャルワーカー・モデル事業活動事例集』福岡市社会福祉協議会.
- ふくおか在宅ホスピスをすすめる会, 2015, 『在宅ホスピスボランティア養成講座テキスト』.
- 藤崎宏子, 2013, 「ケア政策が前提とする家族モデル——1970年代以降の子育て・高齢者介護」『社会学評論』64(4): 604-624.
- 池上直己, 2010, 「地域における終末期ケアの意向と実態に関する調査研究(Ⅱ) 報告書」(平成21年度老人保健健康増進等事業補助金・研究成果報告書) 慶應義塾大学 医学部医療政策・管理学教室.
- 池崎澄江・池上直己, 2012, 「特別養護老人ホームにおける特養内死亡の推移と関連要因の分析」『厚生の指標』59(1), 14-21.

- 石原美穂、2014、『暮らしの中で逝く その〈理念〉について』木星舎。
- 石井暎禧、1998、「老人への医療は無意味か——痴呆老人の生存権を否定する「竹中・広井報告書」」『社会保険旬報』1973：6-13。
- 医療経済研究機構、2003、『特別養護老人ホームにおける終末期の医療・介護に関する研究』（平成14年度老人保健健康増進等事業補助金・研究成果報告書）医療経済研究機構。
- 河合克義、2009、『大都市のひとり暮らし高齢者と社会的孤立』法律文化社。
- 金子隆一、2017、「多死社会の到来——その動向と背景」都市問題108：42-52。
- 柏木哲夫、1978、『死にゆく人々のケア』医学書院。
- 春日キスヨ、2010、『変わる家族と介護』講談社。
- 桂晶子・佐々木明子、2006、「在宅介護終了後の家族介護者の達成感・満足感および空虚感と死別前要因との関連」宮城大学看護学部紀要9(1)：1-9。
- 川越博美、2010、「在宅ホスピスボランティアの現状と課題」（財）日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団「ホスピス緩和ケア白書」編集委員会『ホスピス・緩和ケア白書2010』9-12、(2017年3月10日取得http://www.hospat.org/hakusyo/pdf/2010_1_3.pdf)。
- 国立社会保障・人口問題研究所、2017、「日本の将来推計人口」（平成29年推計）出生中位・死亡中位推計、国立社会保障・人口問題研究所ホームページ、2019年8月12日取得、(http://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2017/db_zenkoku2017/db_s_suikieikka_1.html)。
- 、2019、「人口統計資料集(2019)」国立社会保障・人口問題研究所ホームページ、2019年8月12日取得、(http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/Popular/P_Detail2019.asp?fname=T12-37.htm&title1=%87%5D%87U%81D%93s%93%B9%95%7B%8C%A7%95%CA%93%9D%8Cv&title2=%95%5C12%81%7C37+%93s%93%B9%95%7B%8C%A7%81C%90%AB%95%CA50%8D%CE%8E%9E%96%A2%8D%A5%8A%84%8D%87%81F1920%81%602015%94N)。
- 厚生労働省、2003、「2015年の高齢者介護——高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて」厚生労働省のホームページ、<https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/3.html#top>
- 、2007、「平成19年度 介護サービス施設・事業所調査」厚生労働省ホームページ、(2014年7月20日取得、<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service07/index.html>)。
- 、2007、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0521-11a.pdf>
- 、2008、「地域における『新たな支え合い』を求めて——住民と行政の協働による新しい福祉」、厚生労働省ホームページ、(2014年5月10日取得、<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/03/s0331-7a.html>)。
- 、2009、『平成18年人口動態統計』厚生統計協会。
- 、2009、「地域包括ケア研究会報告書——今後の検討のための論点整理」厚生労働省のホームページ、https://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/05/dl/h0522-1_0001.pdf
- 、2010、『平成19年度終末期医療に関する調査結果』<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000yp23-att/2r9852000000ypwi.pdf>

- , 2011, 「人口動態統計年報 主要統計表(最新データ、年次推移)」, 厚生労働省ホームページ, (2018年6月8日取得, <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suii10/dl/s03.pdf>).
- , 2013a, 「平成25年 国民生活基礎調査の概況」, 厚生労働省ホームページ, (2014年9月10日取得, <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa13/>).
- , 2013b, 「孤立死防止対策取り組み事例の概要」, 厚生労働省ホームページ, (2014年7月05日取得, <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12000000-Shakaiengokyoku-Shakai/0000034190.pdf>).
- , 2014, 「社会保障制度改革の全体像」 厚生労働省ホームページ, https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/dl/260328_01.pdf
- , 2014, 『平成24年度人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書』 厚生労働省ホームページ, https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000041847_3.pdf
- , 2015, 『介護予防・日常生活支援総合事業のガイドラインについて』.
- , 2017, 「平成28年 国民生活基礎調査の概況」, 厚生労働省ホームページ, (2018年8月10日取得, <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa16/>).
- , 2018, 「人生の最終段階における医療・ケアの 決定プロセスに関するガイドライン」 <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf>
- , 2018, 自らが望む人生の最終段階における医療・ケア https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/saisyuu_iryuu/index.html
- , 2018, 「平成29年(2017)人口動態統計(確定数)の概況」 厚生労働省ホームページ <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei17/index.html>
- , 2018, 『平成29年度人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書』 厚生労働省ホームページ, https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo_a_h29.pdf
- , 2019, 「医療提供体制を取りまく現状等について」 厚生労働省ホームページ, <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000493996.pdf>
- 小林良二, 2013, 「地域の見守りネットワーク」 藤村正之編『シリーズ福祉社会学 3 協働性の福祉社会学——個人か社会の連帯——』 東京大学出版会, 159-181.
- 小山千加代・水野敏子, 2010, 「特別養護老人ホームにおける看取りの実態と課題に関する文献検討」 老年看護学, 14 (1) 59-64.
- 黒岩亮子, 2012, 「第8章 地域福祉政策—コミュニティの活性化による孤独死対策の課題」 中沢卓美・結城康博編『孤独死を防ぐ』 ミネルヴァ書房, 154-185.
- 黒田研二・張允楨(2011) 「特別養護老人ホームにおける介護職員の離職意向および離職率に

- 関する研究』『社会問題研究』 60, 16-25.
- 京都府社会福祉協議会, 2013, 「平成 24 年度地域密着の見守り・支援活動による高齢者等の孤立と生活課題への対応に関する調査結果」京都府社会福祉協議会.
- 高齢者等が一人でも安心して暮らせるコミュニティづくり推進会議, 2008, 『高齢者等が一人で安心して暮らせるコミュニティづくり推進会議（「孤立死」ゼロをめざして）報告書』.
- 三菱UFJリサーチ&コンサルティング, 2010, 「地域包括ケア研究会 報告会」平成 21 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金, 老人保健健康増進等事業,
https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kinkyukoyou/suisinteam/TF/kaigo_dail/siryou_u8.pdf
- , 2013, 「地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点」平成 24 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金, 老人保健健康増進等事業,
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000034h9r-att/2r98520000034i64.pdf>
- , 2014, 『地域包括ケア研究会 地域包括ケアシステムを構築するための制度論等に関する調査研究事業報告書』平成 25 年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業,
https://www.murc.jp/uploads/2014/05/koukai_140513_c8.pdf
- , 2016, 『地域包括ケアシステム構築に向けた制度およびサービスの在り方に関する研究事業報告書 地域包括ケア研究会 地域包括ケアシステムと地域マネジメント』平成 27 年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業,
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000126435.pdf>
- , 2017, 『地域包括ケアシステム構築に向けた制度およびサービスの在り方に関する研究事業報告書 c』平成 27 年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業, https://www.murc.jp/sp/1509/houkatsu/houkatsu_01/h28_01.pdf
- 三上ゆみ・畑本英子・道繁由香理・日谷美加・米井千夏, 2015, 「介護サービスを受けながら在宅看取りケアを支える家族の現状——A 県中山間地域におけるアンケート調査から」『新見公立大学紀要』 36: 53-58.
- 宮本美嘉子, 2010, 「ホスピス緩和ケアにおけるボランティアの意義と役割」(財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団「ホスピス緩和ケア白書」編集委員会『ホスピス・緩和ケア白書 2010』 1-4, (2017 年 3 月 10 日取得,
http://www.hospat.org/hakusyo/pdf/2010_1_1.pdf).
- 宮田和明・樋口京子・近藤克則, 2004, 『在宅高齢者の終末期ケア—全国訪問看護ステーション調査に学ぶ』中央法規.
- 森常人, 2014, 「『ふれあい・いきいきサロン』の参加者評価の分析に関する一考察」『関西外国語大学研究論集』 100: 257-70.
- 向井承子, 2003, 『患者追放——行き場を失う老人たち』筑摩書房.
- 村瀬孝生, 2011, 『看取りケアの作法（宅老所よりあいの仕事）』.
- 内閣府, 2010, 『平成 22 年版高齢社会白書』.
- , 2017, 『平成 29 年版高齢社会白書』.
- 中村久美, 2009, 「地域コミュニティとしての『ふれあい・いきいきサロン』の評価」『日本家

- 政学会誌』60(1): 25-37.
- 長井一浩, 2012, 「第8章 地域福祉政策—コミュニティの活性化による孤独死対策の課題」中
 沢卓美・結城康博編『孤独死を防ぐ』ミネルヴァ書房, 63-84.
- 仁平典宏, 2012, 『「ボランティア」の誕生と終焉』名古屋大学出版会.
- ニッセイ基礎研究所, 2011, 「平成 22 年度老人保健健康増進等事業 セルフ・ネグレクト
 と孤立死に関する実態把握と地域支援のあり方に関する調査研究報告書」株式会社ニ
 ッセイ基礎研究所.
- 日本医師会生命倫理懇談会, 2006, 「ふたたび終末期医療について」
<https://www.med.or.jp/nichikara/seirin17.pdf>
- , 2017, 「超高齢社会と終末期医療」
http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20171206_1.pdf
- 日本老年医学会, 2012, 「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立
 場表明」<https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tachiba/jgs-tachiba2012.pdf>
- 二ノ坂保喜(監修), 2005, 『在宅ホスピスのススメ—看取りの場を通したコミュニティの再生へ』
 木星舎.
- 野村総合研究所, 2009, 「介護施設等における重度化対応の実態に関する調査 第2部特別養護
 老人ホーム」(平成20年度老人保健健康増進等事業補助金・研究成果報告書)野村研究所.
- 大井玄, 1989, 『終末期医療—自分の死をとりもどすために』弘文堂.
- 大村光代, 2009, 「終末期高齢者の看取りに関する現状と今後の課題 看護の視点による文
 献検討」愛知新城大谷大学研究紀要, 6: 1-14.
- 太田尚子・中川孝子・杉田由佳理(2014)「特別養護老人ホームでの終末期ケアに対する 看護
 職と介護職の取り組みの現状とその課題に関する文献検討」『青森中央短期大学研究紀要』
 27, 141-147.
- 坂本俊彦, 2011, 「地域住民による『閉じこもり』予防活動の可能性」『やまぐち地域社会研究』
 9: 111-22.
- 佐藤郁也, 2008, 『質的データ分析法—原理・方法・実践』新曜社.
- 斉藤雅茂, 2009, 「社会福祉調査としての高齢者孤立研究の意義と課題」『日本福祉大学社会福
 祉論集』121: 29-42.
- 新村 拓, 2001, 『在宅死の時代—近代日本のターミナルケア』法政大学出版局.
- シシリー・ソンドース, 2017, 『シシリー・ソンドース初期論文集 1958-1966: トータルペ
 イン 緩和ケアの源流をもとめて』小森 康永(翻訳), 北大路書房.
- 杉琴さやこ・古賀友之・西垣千春, 2009, 「終末期医療における在宅療養の課題」『社会医
 学研究』27(1): 9-16.
- 高野和良・坂本俊彦・大倉福恵, 2007, 「高齢者の社会参加と住民組織—ふれあい・いきいきサ
 ロン活動に注目して」『山口県立大学大学院論集』8: 129-37.
- 武川正吾, 1999, 『福祉社会の社会政策—続・福祉国家と市民社会』法律文化社.
- 田代志門, 2007, 「第五章『看取り』を支える市民活動—ホスピスボランティアの現場から」
 清水哲郎編『高齢社会を生きる—老いる人／看取るシステム』東信堂, 117-38.
- , 2016, 『死にゆく過程を生きる: 終末期がん患者の経験の社会学』世界思想社.
- 東京市町村自治調査会, 2012, 『高齢者の社会的孤立の防止に関する調査報告書』全国社会福祉

協議会.

- 豊島彩・佐藤眞一, 2014, 「高齢者のソーシャルサポートの提供に対する評価の質的検討」『生老病死の行動科学』17-18: 65-78.
- 東京都福祉保健局, 2013, 「住民の皆さんのための高齢者等の見守りガイドブック」東京都福祉保健局ホームページ (2014年7月20日取得 <http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kourei/koho/jyuminnotameno.html>).
- 塚田久恵・浅見洋 (2012) 「石川県の指定介護老人福祉施設における終末期ケアの現状と課題」『石川看護雑誌』9, 61-70.
- 長寿社会開発センター, 1997, 『「福祉のターミナルケア」に関する調査研究事業報告書』長寿社会開発センター.
- 上村聡子, 2010, 「特別養護老人ホームの看護職と介護職の連携を阻害する要因—終末期ケアにかかわる看護職と介護職のズレを中心に—」『看護学・リハビリテーション学』(甲南女子大学) 4, 145-152.
- 上野千鶴子, 1990, 『家父長制と資本制—マルクス主義フェミニズムの地平』岩波書店.
- , 1996, 『資本制と家事労働』海鳴社.
- , 2000, 『家父長制と資本制』岩波書店.
- , 2007, 『おひとりさまの老後』法研.
- , 2011, 『ケアの社会学—当事者主権の福祉社会へ』太田出版.
- , 2015, 『ケアのカリスマたち—看取りを支えるプロフェッショナル』亜紀書房.
- 渡辺みどり・千葉真弓・細田江美, 2010, 「介護老人福祉施設における認知症高齢者の終末期ケア上の困難とケア方法—施設内での看取り割合による比較」『日本看護福祉学会誌』15 (2), 99-110.
- 山口県社会福祉協議会, 2006, 『人と人との豊かなつながりを育む「ふれあい・いきいきサロン」～「ふれあい・いきいきサロン」活動の効果に関する検討委員会報告書～』山口県社会福祉協議会.
- 山本純子, 2007, 「介護福祉士における夜勤業務ストレスと健康不安および離職意向の検討」『芦屋女子短期大学研究紀要』30, 93-106.
- 山崎章郎, 1990, 『病院で死ぬということ』文藝春秋.
- , 1999, 「ホスピスボランティア導入のために」『ターミナルケア』9(3): 166.
- , 2018, 『「在宅ホスピス」という仕組み』新潮社.
- 山崎章郎・二ノ坂保喜・米沢慧, 2015, 『市民ホスピスへの道』春秋社.
- 山崎章郎・二ノ坂保喜・佐藤健・米沢慧, 2018, 『さいごまで「自分らしく」あるために』春秋社.
- 山崎浩司, 2010, 「インフォーマルケア論と相互作用論の視座—死と看取りの社会学—その問題圏」『社会学年報』39: 45-9, (2017年3月15日取得, http://www.jstage.jst.go.jp/article/tss/39/0/39_45/_pdf).
- 矢津剛, 2005, 「在宅ホスピスボランティアのニーズと現状」二ノ坂保喜監修『在宅ホスピスのスズメ—看取りの場を通じたコミュニティの再生へ』木星舎, 65-72.
- 結城康博, 2014, 『孤独死のリアル』講談社.
- 財団法人ベターリビング, 2010, 『公的住宅団地における見守りサービス・活動支援ガイドブック

- ク 』平成 21 年度老人保健健康増進等事業調査研究報告書，財団法人ベターリビング，
 全国老人福祉施設協議会，2015，「特別養護老人ホームにおける看取りの推進と医療連携の
 あり方調査研究事業看取り介護指針・説明支援ツール 平成 27 年度介護報酬改定対
 応版」平成 26 年度 老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)事業，
 (全国老人福祉施設協議会ホームページ
https://www.google.co.jp/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwihlfrD5M7mAhWGwosBHbSXCLgQFjAAegQIBBAC&url=http%3A%2F%2Fwww.roushikyo.or.jp%2Fcontents%2Fresearch%2Fother%2Fdetail%2F224%3Fattach%3Dtrue%26fld%3Datt1&usg=A0vVaw2xzyoIp1AgATaNCn_g-H-W
 全国社会福祉協議会，2008，「ふれあい・いきいきサロンのてびき～住民がつくる地域交流の場
 ～」全国社会福祉協議会。
 ———，2010，「生活支援サービス立ち上げマニュアル『第 4 巻～ふれあい・いきいきサロ
 ン』全国社会福祉協議会。
 ———，2012，「NORMA 社協情報 2012JULY」全国社会福祉協議会 258: 2-5。
 ———，2015，「シリーズ 住民主体の生活支援サービスマニュアル 第 1 巻 改訂 助け合
 いによる生活支援を広げるために～住民主体の地域づくり～」全国社会福祉協議会。
 全国社会福祉施設協議会，2015，『特別養護老人ホームにおける看取りの推進と医療連携のあり
 方調査研究事業 看取り介護指針・説明支援ツール』(平成 26 年度老人保健健康増進等事
 業補助金・研究成果報告書)。
 全日本病院協会，2016，「終末期医療に関するガイドライン ～よりよい終末期を迎えるた
 めに～」日本病院協会ホームページ，
https://www.ajha.or.jp/voice/pdf/161122_1.pdf